Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem

Pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego

impuls

redakcja naukowa
Jacek J. Błeszyński

Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem

Teoria – Metodyka – Przykłady

impuls

Kraków 2015

Spis treści

Od redaktora

Wprowadzenie

Uwarunkowania efektywnego oddziaływania terapeutycznego w pracy z osobami autystycznymi

- **Bibliografia**

Wczesne wykrywanie autyzmu i efekty wczesnej terapii

- **Wczesne podejmowanie działań terapeutycznych**
- **Bibliografia**

Metoda Integracji Sensorycznej w diagnozie i terapii dzieci z autyzmem

- **Zakłócenia praksji**
- **Zakłócenia zmysłu równowagi**
- **Reakcje obronne na bodźce taktylne**
- **Zakłócenia w spostrzeganiu wizualnym**
- **Propozycje podstawowych ćwiczeń do stymulacji w zakresie integracji sensorycznej**
- **Bibliografia**

Dziecko autystyczne w kręgu muzyki

- **Wprowadzenie**
- **Fenomen muzyki a wrażliwość muzyczna dziecka autystycznego**
- **Muzykoterapia a autyzm**
- **Wykorzystanie muzyki w rozwoju mowy**
- **Wykorzystane muzyki w kształtowaniu u dziecka autystycznego umiejętności nawiązywania kontaktów**

Muzyka a inne oddziaływania terapeutyczne

Bibliografia

Muzykoterapia w pracy z dzieckiem autystycznym

Powitanie

Odreagowanie

Zrytmizowanie

Uwrażliwienie

Relaks

Aktywizacja

Pożegnanie

Bibliografia

Metoda Knillów z elementami stymulacji polisensorycznej w terapii dzieci autystycznych

1. Założenia stymulacji polisensorycznej

2. Programy Aktywności

3. Terapia metodą Knillów z elementami stymulacji polisensorycznej

4. Badanie efektywności terapii metodą Knillów z elementami stymulacji polisensorycznej

5. Podsumowanie

6. Analiza przypadku

Załączniki

Bibliografia

Wykorzystanie metody Ruchu Rozwijającego w terapii dziecka z głębokimi deficytami rozwojowymi – autystycznego

1. Ujęcie historyczne – gimnastyka ekspresyjna Rudolfa Labana

2. Metoda Ruchu Rozwijającego

2.1. Zastosowanie metody Ruchu Rozwijającego

3. Badania nad efektywnością metody Ruchu Rozwijającego w pracy z dzieckiem autystycznym

3.1. Podsumowanie

4. Propozycje wykorzystania metody w pracy z dzieckiem autystycznym

Załącznik

Bibliografia

Metoda Dobrego Startu w pracy z dziećmi autystycznymi

1. Teoretyczne podstawy Metody Dobrego Startu

1.1. Geneza Metody Dobrego Startu

1.2. Założenia i cele Metody Dobrego Startu

1.3. Modyfikacje Metody Dobrego Startu

2. Modyfikacja Metody Dobrego Startu. Praca z dziećmi autystycznymi i o cechach autyzmu w Krajowym Towarzystwie Autyzmu Oddział w Toruniu

2.1. Efekty pracy

2.2. Organizacja zajęć

Bibliografia

Metoda Felicie Affolter

1. Wprowadzenie

2. Założenia teoretyczne

3. Metodyka pracy metodą Affolter

4. Weryfikacja przydatności metody w autyzmie

5. Efektywność metody w pracy z dziećmi autystycznymi

Konspekt zajęć pracy metodą Felicie Affolter

Konspekt zajęć pracy metodą Felicie Affolter

Bibliografia

Metoda Stymulowanych Seryjnych Powtórzeń Ćwiczeń (SSP) – Zbigniewa Szota

1. Wprowadzenie

2. Historia terapii

2.1. Założenia teoretyczne

3. Metodyka pracy

4. Weryfikacja

5. Przykładowy przebieg pracy

Bibliografia

Program autorski i jego miejsce we współczesnej edukacji dzieci ze specyficznymi potrzebami

1. Pojęcie programu autorskiego

2. Struktura programu autorskiego

2.1. Idea wiodąca

2.2. Treści kształcenia

2.3. Procedury osiągania celów

2.4. Scenariusze zajęć

2.5. Ewaluacja programu autorskiego

3. Program autorski dla dzieci autystycznych

Bibliografia

Gdzie szukać pomocy

Strona redakcyjna

Od redaktora

Wychodząc naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom terapeutów pracujących z osobami autystycznymi, jak również urzędników sprawujących nadzór z ramienia różnych instytucji nad terapiami – przedstawiamy pierwszą część opracowania poświęconego wykorzystywaniu różnorodnych form terapii w pracy z dzieckiem autystycznym.

Praca z dziećmi przejawiającymi jeden z najcięższych deficytów rozwojowych, jakim jest autyzm, wymaga poszukiwania dróg wspomagania rozwoju naszych podopiecznych. Aby wyjść naprzeciw tym poszukiwaniom, postanowiliśmy w prezentowanej publikacji przedstawić własne doświadczenia będące wynikiem wieloletniej praktyki zawodowej oraz zdobytej wiedzy. Udało mi się nakłonić do udziału w tym przedsięwzięciu między innymi uznane autorytety w dziedzinie autyzmu z całej Polski.

Naszym zamysłem jest przybliżenie naszych doświadczeń oraz zachęcenie do podjęcia dyskusji nad optymalizacją oddziaływań podejmowanych wobec osób przejawiających głębokie deficyty rozwojowe. Głównym czynnikiem warunkującym zazwyczaj pracę terapeutyczną jest wczesna diagnoza i podjęcie prawidłowo ukierunkowanej terapii. Przedstawione metody wykorzystywane w pracy z osobami z autyzmem wymagają dostosowania już istniejących terapii do zaburzenia, jakim jest autyzm. Niezbędne staje się wypracowanie zindywidualizowanego modelu, który dopasowany do potrzeb i możliwości poddanych terapii osób pozwoli na optymalne wprowadzenie ich do społeczeństwa.

W tym celu każdy z autorów opisujący prowadzoną przez siebie terapię wychodzi od założeń terapeutycznych, następnie ukazuje możliwości wykorzystania metody w pracy z osobą z autyzmem

(lub w formie zajęć grupowych). Dodatkowo przedstawiliśmy badania nad efektywnością wykorzystania każdej z metod, co może ułatwić wybór właściwej terapii wobec powierzanych nam osób. Na zakończenie przedstawiamy propozycje wykorzystania metod w pracy z dziećmi, łącząc swoje autorskie podejście z prezentacją podstawowych zaleceń. Staraliśmy się omówić różne terapie w układzie opartym na preferowanych formach kształcenia oraz intencjonalności udziału osób poddanych oddziaływaniu (aż do terapii dyrektywnych, z jakimi mamy często do czynienia w swojej pracy). W koń-cowej części znajdują się zalecenia, możliwe do zastosowania w pracy edukacyjno-terapeutycznej w odniesiemy do pisanych programów autorskich, które zarówno w wypadku edukacji specjalnej, jak i w całej pedagogice zaczynają odgrywać coraz większą rolę.

Pragnę podziękować wszystkim, dzięki którym powstała ta książka. Przede wszystkim prof. zw. dr. hab. Stanisławowi Kowalikowi, który poparł podjętą inicjatywę i służył fachową pomocą w przygotowaniu publikacji. Wyrażam swoją wdzięczność współautorom tego tomu, którzy zaszczycili mnie swoim zaufaniem i powierzyli mi swój wieloletni dorobek. Niewątpliwie książka ta powstała dzięki wspaniałej twórczej atmosferze, jaka za sprawą Kierownictwa panuje w Instytucie Pedagogiki – prof. zw. dr. hab. Aleksandrowowi Nalaskowskiemu oraz Kierownikowi Zakładu Pedagogiki Specjalnej prof. dr. hab. Andrzejowi Wojciechowskiemu.

Na zakończenie życzę terapeutom, rodzicom i wszystkim, którym bliski jest los osób z autyzmem, troszczącym się o dobro osób z głębokimi deficytami w rozwoju – wytrwałości i sił w zmaganiu się z tym zaburzeniem.

Oby ta publikacja była wsparciem w podejmowanym trudzie pokonywania autyzmu.

Jacek Błeszyński

Wprowadzenie

W problematyce autyzmu przybywa wiele nowych informacji, jednak ciągle istnieje sporo hipotez wymagających dalszych poszukiwań. Należy odnotować niewątpliwy postęp, jeśli chodzi o wykorzystywanie danych z zakresu neuronauki, biologii molekularnej i genetyki. Natomiast pozostaje wiele nierozstrzygniętych kwestii w sferze oddziaływań rehabilitacyjnych, a zwłaszcza tak ważnej dla dalszego rozwoju dziecka wczesnej interwencji. Dlatego warto podejmować próby stosowania rozmaitych sposobów podejścia i prezentować uzyskiwane wyniki, jak to czynią autorzy niniejszego zbioru. Jednocześnie warto sobie zdawać sprawę z tego, że w omawianej dziedzinie jesteśmy zmuszeni do szczególnej ostrożności w formułowaniu wniosków i zaleceń, bo pozostajemy wciąż w warunkach niepewności i wieloznaczności uzyskiwanych wyników. Godny refleksji jest fakt, że w niektórych przypadkach rodzice dzieci z autyzmem, kierując się intuicją, znajomością upodobań i bardzo ogólną orientacją w możliwościach dziecka, popełniają niekiedy mniej błędów niż profesjonaliści.

W ostatnim czasie miałem okazję rozmawiać z osobami, które z niebywałym zdecydowaniem przekonywały mnie o skuteczności wyłącznie behawioralnego podejścia, uznając je za środek, który rozwiązuje wszystko. Zastanawiałem się nawet, czy przejawiane przez tych profesjonalistów z kręgu psychologii czy pedagogiki silne przekonanie o wartości jednego podejścia wypływa z określonych cech ich osobowości, czy raczej z braków w zakresie ich wiedzy na temat różnorodności form oddziaływań, propozycji i opisów, jakie są prezentowane w licznych publikacjach. Osoby te mało wypowiadały się na temat celów podejmowanych przez nich

procedur, w których bardzo łatwo zatracić granicę między przymusem a przemocą.

Jeśli celem, jaki sobie w danym etapie stawiamy, będzie usunięcie lub zmniejszenie w zachowaniu dziecka aktów autoagresji lub agresji zagrażającej jemu samemu lub innym, to oczywiście po wyczerpaniu całego możliwego do wykorzystania repertuaru innych środków, które nie przyniosły pożądanego rezultatu, możemy uciec się do technik opartych na modyfikacji zachowania łącznie z bodźcami przykrymi dla dziecka. Nie ograniczajmy się jednak do tego podejścia wtedy, gdy dziecko stać na aktywność opartą na takich formach motywacji jak u jego zdrowych rówieśników. Starajmy się zatem doceniać nawet ślady wrażliwości na takie wartości, jak aprobata i uznanie ze strony najbliższych, radość płynąca ze spontanicznej aktywności zabawowej, ruchowej, twórczej, nawiązującej do oddziaływania za pomocą tych bodźców, które są dla danego dziecka znaczące (muzyka, plastyka, zajęcia ruchowe, gry sportowe i kontakt z przyrodą). Jakże wiele można znaleźć inspiracji pod tym względem w dawnych, a dziś już klasycznych pismach Marii Montessori.

Oddawana do rąk Czytelnika publikacja stanowi właśnie próbę przybliżenia rodzicom i profesjonalistom tych procedur i technik, które łączą w sobie troskę o pozyskanie dziecka z autyzmem do współpracy na zasadzie dostarczania mu atrakcyjnych sytuacji, w których czynnik zabawowy odgrywa istotną rolę. Niewątpliwie można znaleźć tu inspirację do dalszych poszukiwań i wzbogacania programu oddziaływań. Poszukujmy nowych możliwości i dzielmy się spostrzeżeniami z innymi, ale nie przywiązujmy się zbytnio do jakiejś metody, bo może ona przysłonić nam samo dziecko.

prof. zw dr hab. Tadeusz Gałkowski
Krajowe Towarzystwo Autyzmu

Jacek Błeszyński[1]

Uwarunkowania efektywnego oddziaływania terapeutycznego w pracy z osobami autystycznymi[2]

Od wielu lat toczy się dyskusja związana z autyzmem, początkowo nad wyłonieniem tego zaburzenia w tworzonych klasyfikacjach, a następnie nad etiologią, epidemiologią, powiązaniem z innymi zaburzeniami oraz nad możliwościami wspierania optymalnego rozwoju osób z autyzmem. W ostatnich latach szczególnie nasilił się problem związany z andragogiką osób z autyzmem, nie tylko z edukacyjnym aspektem funkcjonowania w społeczeństwie, ale również włączania tych osób w życie. T. Gałkowski (1993) wielokrotnie zwracał uwagę na konieczność specyficznego postępowania w procesie dydaktycznym i terapeutycznym z osobami autystycznymi. Ostatnie lata wykazały, że nadal nie posiadamy jednorodnego podejścia zarówno w koncepcji etiologii, diagnostyki, jak również wspierania – już nie tylko osób z autyzmem, ale szerszego środowiska, w jakim otrzymują tę pomoc (por. Olechnowicz, 2004).

Zgodnie z tymi wskazaniami, istotne staje się podjęcie analizy teoretycznego podejścia do działań podejmowanych w trakcie wspierania osób z autyzmem – najczęściej określonych mianem terapii.

Termin „terapia” początkowo stosowany był głównie w naukach medycznych, obecnie został wprowadzony do szerokiego słownictwa naukowego i potocznego w pedagogice, psychologii i socjologii. W ogólnym ujęciu termin ten został przedstawiony w latach siedemdziesiątych przez A. Kargul (1977). Terapia objęła swoim zasięgiem wszelkie działania zmierzające do modyfikacji funkcjonowania pacjenta[3] w obrębie psychoterapii, socjoterapii, reedukacji, kompensacji czy korekcji (Kaja, 1995). Obecne ujęcie problemu wyrasta z nurtu humanistycznego, psychologicznego i oznacza wszelkie oddziaływania psychologiczne na człowieka mające na celu przynieść mu ulgę, złagodzić trudności w radzeniu sobie z własnymi problemami, pomóc w przeżywaniu anomalii myślenia, emocji czy zachowania (Psychoterapia…, 1994). Są to więc działania zmierzające do przystosowania jednostki (w miarę możliwości), do optymalnego uczestnictwa w życiu społecznym.

W takim ujęciu terapia pedagogiczna stanowi szczególny rodzaj terapii ogólnej, jest „swoistą interwencją wychowawczą odnoszącą się do osób w normie psychofizycznej oraz społecznej i mającą na celu stworzenie możliwości zindywidualizowanej, dodatkowej pomocy w procesie nauczania, kształcenia i wychowania dla osiągnięcia lub utrzymania prawidłowego przebiegu rozwoju we wszystkich sferach i każdym okresie życia” (Dykcik, 1997). Jest działaniem na pograniczu socjoterapii i psychoterapii mającym jednoznaczny cel wychowawczy, który jest ograniczony zarówno okresem działania, jak również formą interwencji (w zakresie edukacji). W sposób szczególny termin ten odnosi się do dzieci objętych specjalnym programem edukacyjnym – w pedagogice specjalnej, gdzie terapia pedagogiczna ujmowana jest jako jedna z form rewalidacji[4] różnych upośledzeń, jest działaniem mającym na celu tworzenie i wykorzystanie specjalnych warunków, metod i organizacji pracy pedagogicznej (Dykcik, 1997).

Pedagogika specjalna, jako nauka zajmująca się wszelkimi przypadkami osób odbiegających od normy, jest ze swojego założenia pedagogiką usprawniającą, zmierzającą w swoich działaniach do optymalnego przystosowania jednostki do

odnalezienia miejsca w społeczeństwie, pełnienia w nim odpowiednich ról; w założeniu jest więc pedagogiką rewalidacyjną. W takim ujęciu terapia pedagogiczna staje się pojęciem interdyscyplinarnym mającym na celu ukazanie holistycznego działania, jakie napotykamy w pedagogice, a zwłaszcza pedagogice specjalnej. Konieczność współdziałania z różnymi specjalistami (przede wszystkim lekarzami, technikami, a obecnie coraz częściej informatykami itp.), jak również realizowanie zintegrowanych celów rewalidacyjnych w pełni sankcjonuje używanie terminu „terapia w pedagogice" oraz umożliwia pełniejsze oddanie obrazu podejmowanych działań w tym systemie wspierania. Podejście takie ma szczególne zastosowanie w przypadku autyzmu, a także wszystkich głębokich deficytów rozwojowych, które często z racji polietiologii lub braku ustalenia przyczyn (jak ma to miejsce np. w autyzmie) wymagają wielostronnego wsparcia.

Terapia jako termin szerszy od korekcji, reedukacji, rewalidacji **obejmuje swoim zasięgiem całość specyficznych, zamierzonych oddziaływań, które mają na celu optymalne wspomaganie rozwoju dziecka ze specyficznymi trudnościami rozwoju**.

Wśród wielu rodzajów terapii można dokonać podziałów wynikających z uwarunkowań związanych z ich typem i organizacją. Najczęściej kryterium podziału jest:

1. **czas** – terapia może być krótkoterminowa lub długotrwała;
2. **specyfika postępowania** – ogólna, specjalistyczna (jak to ma miejsce w przy-padku terapii mózgowego porażenia dziecięcego itp.);
3. **nasilenie występowania zaburzenia** – monosensoryczna lub polisensoryczna;
4. **ogólny rozwój** – zahamowany, wycofany (dementywny), opóźniony, nieharmonijny, w normie, przyspieszony;
5. **uczestnictwo w zajęciach osób** – indywidualna, grupowa, współuczestnicząca;

6. **wiek osób** – uzależniona od możliwości i potrzeb wynikających z rozwoju psycho-fizycznego funkcjonowania osób poddanych terapii;
7. **formy oddziaływania** – podtrzymująca lub wspomagającą;
8. **zakres prowadzenia** – wychowawcza, odciążeniowa i czynnościowa (podział wg J. Doroszewskiej, 1989);
9. **jedno lub wieloczynnikowe zaburzenie**;
10. **inwencja ucznia** – dyrektywna i niedyrektywna.

Dobór odpowiedniego typu terapii w przypadku autyzmu jest uwarunkowany koniecznością wzięcia pod uwagę dodatkowych, szczegółowych występujących zaburzeń, które zostały zgrupowane w trzech sferach – zaburzeniach funkcji społecznych, komunikacyjnych i zachowania (Błeszyński, 1998).

Podejmując się oceny zasadności oddziaływań terapeutycznych wobec osób z autyzmem, powinniśmy wyjść z założenia, że determinantami w ocenie rozwoju zaburzeń autystycznych (a tym samym wyznacznikami podejmowanych oddziaływań terapeutycznych) mogą być klasyfikacje (takie jak np. DSM-VI czy ICD-10), które najczęściej określają najbardziej typowe zaburzenia, charakteryzują dane zaburzenie rozwojowe lub chorobę, jak również są prerogatywą do diagnozowania danej jednostki, zgodnie ze wskazanymi parametrami (do których zaliczamy czas wystąpienia pierwszych objawów, ich nasilenie, szerokość spectrum, występowanie sprzężeń itp.).

W wypadku autyzmu najczęściej wymienianymi zaburzeniami są:

a) wycofywanie się lub brak prawidłowego rozwoju funkcji interpersonalnych,
b) nieprawidłowa reakcja na jeden lub kilka typów bodźców występujących jako jedna lub wiele stymulacji sensorycznych,
c) występowanie nietypowej organizacji ruchowej – od bezruchu do nadpobudliwości psychoruchowej,
d) ograniczona uwaga i przetwarzanie napływających bodźców,
e) zaburzenie kontaktu dotykowego i wzrokowego.

Dopasowując oddziaływania podejmowane wobec osób z autyzmem i głębokimi deficytami rozwojowymi, z całą pewnością możemy uznać, że działania te mają charakter wielosystemowy i zgodnie z założeniami nauk pokrewnych (przede wszystkim psychologii i socjologii) w całej rozciągłości mogą być zaliczone do działań terapeutycznych.

Jeden z pionierskich eksperymentów (z grupą kontrolną) w tej dziedzinie został opisany przez T. Field i współpracowników (1997), którzy prowadząc w sposób przypadkowy dobrane terapie z 22 dzieci ze zdiagnozowanym autyzmem w wieku średnim 4,5 roku, dokonali analizy za pomocą obserwacji, kwestionariusza i skali[5]. Wspomaganie rozwoju prowadzone było dwa razy w tygodniu w sesjach 15-minutowych przez okres 4 tygodni.

W prezentowanych wynikach badań stwierdzono, że nie wystąpiły istotne zmiany w zachowaniach awersyjnych czy wrodzonych – rozwój przebiegał zgodnie z etapami rozwoju, natomiast wystąpiło wyciszenie zachowań agresywnych (w tym również autoagresywnych), szczególnie w wypadkach terapii wymagających kontaktu bezpośredniego z prowadzącym zajęcia. Na podstawie przedstawionego materiału można wnioskować, że zwiększenie liczby kontaktów również z osobami spoza najbliższego otoczenia oraz wprowadzenie relaksacji w sposób znaczący wpływa na zmniejszenie nasilenia, a czasami nawet na eliminację niektórych zachowań autystycznych (przede wszystkim związanych z percepcją – w szczególności dźwięków, a także znoszenie zachowań stereotypowych) oraz poprawę relacji społecznych (nawiązywanie, wydłużanie i podtrzymywanie kontaktów z osobami i ograniczenie nasilenia zachowań uznawanych za aspołeczne).

Uzyskane efekty można również interpretować, opierając się na badaniu nasilenia aktywności (Field, 1990) za pomocą encefalografu – zmiana zachowania manifestowała się zwiększeniem umiejętności utrzymania skupienia uwagi i wytrwałości w podejmowaniu prób (Field i in., 1996).

Przedstawione badania jednoznacznie ukazały związek pomiędzy terapią a zmianami występującymi u osób z autyzmem przede wszystkim w sferze zachowań awersyjnych oraz funkcjonowania w sferach samoobsługi i otwierania na kontakty interpersonalne.

Inne wyniki badań zostały zaprezentowane przez L. Schreibman (2000). Zwró-cono w nich uwagę na podstawowe założenia, jakie powinno brać pod uwagę każde działanie terapeutyczno-badawcze wobec osób z autyzmem. Zaliczono do nich:

1) intensywność interwencji, w tym wczesna interwencja i optymalizacja podejmowanych działań terapeutycznych;
2) działania w triadzie – ustrukturyzowanie, odniesienie do realnych sytuacji, powtarzanie;
3) skupianie uwagi na strukturze wprowadzonej sytuacji, informacji;
4) zastosowanie wprowadzonych umiejętności i wiadomości;
5) zwiększanie efektów poprzez wprowadzenie do programu najbliższego środowiska dziecka;
6) brak możliwości opracowania jednego modelu terapeutycznego wobec osób z autyzmem, co wynika z indywidualizacji i odmienności występowania, nasilenia i przebiegu zaburzeń autystycznych.

Powyżej przedstawione założenia determinują postępowanie w opisie dziecka autystycznego – w ujęciu operacyjnym jako jednostki, członka grupy rówieśniczej, funkcjonującego w rodzinie, kulturze, jak również w społeczności lokalnej (aspekt etniczny). W podejściu tym konieczne staje się wieloaspektowe, wieloczynnikowe rozpoznanie funkcjonowania dziecka od wieku przedszkolnego w najbliższym i dalszych środowiskach. Dzięki tak szerokiemu oglądowi, w którym dokonuje się ukazanie miejsca osoby autystycznej w strukturze środowiska lokalnego i szerzej – możliwe staje się dokonanie analizy podejścia terapeutycznego oraz sformułowanie celu podejmowanych oddziaływań. Wiąże się to z dokonaniem wyboru wskaźników mogących informować nas o dokonujących się zmianach w rozwoju dziecka, jak również

monitorowaniem i optymalizowaniem terapii opartej na ciągłej diagnostyce wspierającej i weryfikującej podejmowane modele oddziaływań. W praktyce jednak napotykamy wiele trudności wynikających zarówno z uwarunkowań organizacyjnych, diagnostycznych, jak również metodologicznych. Zalecenia Schreibman dotyczące procedury badawczej[6] są niewątpliwie słuszne, jednakże specyfika autyzmu, brak jednorodnej etiologii, a także przebiegu i symptomatyki tego zaburzenia rozwojowego w sposób istotny zakłóca konstruowanie procedury badawczej.

W pełni natomiast możemy się zgodzić z postulatami, że w badaniach nad podejmowaniem oddziaływań w wypadku osób z autyzmem powinniśmy się skupić na:

- specyficznych dysfunkcjach występujących w autyzmie;
- prowadzeniu systematycznych badań opierających się na interdyscyplinarnych analizach czynnika etiologicznego;
- poszerzaniu terenu prowadzonych badań populacji osób z autyzmem;
- zwiększeniu operatywności w dokonywaniu analiz zebranego materiału, który często jest wysoce zindywidualizowany;
- konieczności ogniskowania badań wokół istotnych problemów, do których można zaliczyć właśnie wspomaganie osób z autyzmem;
- zachowanie niezależności w prowadzeniu badań nad specyficznymi zachowaniami osób z autyzmem.

W ujęciu tym szczególnie ważne staje się prowadzenie oddziaływań mających korzystny i perspektywiczny wpływ na poddanych oddziaływaniom terapeutycznym. Do tego nawiązują analizy przeprowadzone przez Luce S. C., Christian W. P., Anderson S. R., Toy P. J., Larsson E. V. (1992), w których zwrócono uwagę na:

- konieczność indywidualnego podejścia w pracy z osobami autystycznymi, jak również przejawiającymi głębokie deficyty rozwojowe, zarówno w organizowaniu systemu terapii, jak i w

zakresie tempa oraz proponowanego programu wspierającego (por. Gałkowski, 1993);
- organizowanie systemowego podejścia wspierającego rozwój osób poddanych opiece, opierającego się na współpracy ze środowiskiem rodzinnym (z uwzględnieniem warunków społecznych);
- uświadomienie ograniczonego wsparcia, wynikającego z braku jednorodnego systemu oddziaływania na te osoby;
- napotykane trudności w prowadzeniu koordynacji podejmowanych działań terapeutyczno-opiekuńczych przez różne instytucje, w szczególności gdy nie występuje konsolidacja programowa.

W końcowej części przedstawionej analizy należy zwrócić uwagę na zasięg terapii, jakiej poddawane jest dziecko z autyzmem. Do tej pory przedstawiana analiza terapii w formie diady (dziecko – terapeuta) ulega znaczącemu rozszerzeniu ze względu na wprowadzenie do niej rodziny (jako partnerów prowadzonych działań) oraz w większości przypadków wielu współwystępujących systemów wspomagających rozwój. Coraz częściej działania te mają charakter optymalizowania interakcji, o której wspomina Kowalik (1989), partnerstwa w podejmowanych interwencjach, jak również zwiększenia świadomości i współodpowiedzialności samych rodziców za wybór i prowadzenie terapii (Randall, Parker, 2001).

Uznając, że prowadzone działania wobec osób autystycznych wykraczają poza oddziaływanie dydaktyczne i wychowawcze, a stają się kompleksowym wspieraniem zaburzonego rozwoju, konieczne staje się korzystanie z terminu „terapia” jako wyznacznika optymalnego funkcjonowania osób ze specyficznymi dysfunkcjami rozwojowymi. W powiązaniu z osiągnięciami w zakresie diagnostyki, a w szczególności opracowywanych koncepcji czynników wywołujących określone zaburzenia w funkcjach społecznych osób z autyzmem, prowadzenie terapii staje się bardziej wyspecjalizowaną czynnością, jak również ukierunkowaną na funkcjonalną, społeczną sferę interwencji.

Osoba autystyczna przejawiająca głębokie deficyty rozwojowe przestaje być odbierana adekwatnie przez otoczenie z powodu zaskakujących zachowań, przede wszystkim zaliczonych do wybitnych, ale wysepkowych umiejętności, jakie niektóre osoby z autyzmem ujawniają – np. matematyczne, plastyczne, muzyczne (Błeszyński, 2003), a poprzez analizę porównawczą z prawidłowo rozwijającymi się osobami w poszukiwaniu tych czynni-ków i często skorelowanych ze sobą nieprawidłowych funkcji układów wywołujących te zachowania. Terapia, poza wspieraniem, zaczyna mieć wymiar ukierunkowujący w prowadzonych działaniach odkrywania, czym naprawdę jest autyzm i jak dalece jesteśmy w stanie, wprowadzając interwencję, zmienić funkcjonowanie tych osób w społeczeństwie.

Bibliografia

Błeszyński J. (1998), *Mowa i język dzieci z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, WSP, Słupsk.

Błeszyński J. (2003), *Poczucie barw u dzieci z autyzmem* [w:] *Sztuka w życiu i edukacji osób niepełnosprawnych. Wybrane zagadnienia*, red. E. Jutrzyna, WN APS, Warszawa.

Błeszyński J. (2002), *Terapia dziecka autystycznego i z głębokimi deficytami rozwojowymi (przegląd problematyki)* [w:] *Forum Pedagogów Specjalnych XXI wieku*, red. J. Pańczyk, t. III, UŁ, Łódź.

Dykcik W. (1997), *Wprowadzenie w przedmiot pedagogiki specjalnej jako nauki* [w:] *Pedagogika specjalna*, red. W. Dykcik, UAM, Poznań.

Field T. (1990), *Newborn Behavior, Vagal Tone and Catecholamine Activity in Cocaine Exposed Infants*, Symposium presented at the International Society of Infant Study, Montreal, Canada – April 1990.

Field T., Ironson G., Pickens J., Nawrocki T., Fox N., Scafidi F., Burman I., Schandberg S. (1996), *Massage Therapy Reduces Anxiety and Enhances EEG Pattern of Alertness and Math Computations*, „International Journal of Neuroscience", 86, 197–205.

Field T., Lasko D., Mundy P., Henteleff T. (1997), *Brief Report: Autistic Children's Attentiveness and Responsivity Improve After Touch Therapy*, „Jour-nal of Autism and Developmental Disorders", 27, 3, 333–338.

Gałkowski T. (1993), *Autyzm* [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zalewski, UMCS, Lublin.

Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne potrzeby, red. L. Grzesiuk, PWN, Warszawa 1994.

Hulek A. (1988), *Pedagogika rewalidacyjna*, PWN, Warszawa.

Kaja B. (1995), *Zarys terapii dziecka*, WSP, Bydgoszcz.

Kargul A. (1977), *Prace korekcyjno-kompensacyjne w poradniach wychowawczo-zawodowych*, „Zagadnienia Wychowawcze", nr 6.

Kowalik S. (1989), *Wiedza o optymalizacji i interakcji w procesie usprawniania osób z dysfunkcjami fizycznymi i psychicznymi* [w:] *Optymalizacja interakcji w procesie usprawniania osób z dysfunkcjami fizycznymi i psychicznymi*, red. S. Kowalik, J. Kwiek, B. Szychowiak, UAM, Poznań.

Luce S. C., Christian W. P., Anderson S. R., Toy P. J., Larsson E. V. (1992), *Development of Continuum of Service for Children and Adults with Autism and other Severe Behavior Disorders*, „Research in Developmental Disabilities", 13, 9–25.

Olechnowicz H. (2004), *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*, WSiP, Warszawa.

Randall M. P., Parker J. (2001), *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, tłum. S. Pikiel, GWP, Gdańsk.

Sandler A. D. (2001), *A Screening Instrument for Autism at 18 Months of Age: A 6-year Follow-up Study*, „Journal of Developmental & Behavioral Pediatric".

Schreibman L. (2000), *Intensive Behavioral/Psychoeducational Treatments for Autism: Research needs and Future Direction*, „Journal of Autism and Developmental Disorders", 30, 5, 373–378.

---

1 Autor jest adiunktem w Zakładzie Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz inicjatorem powstania Oddziałów Krajowego Towarzystwa Autyzmu w Słupsku i Toruniu. Obecnie również z jego inicjatywy powstała w Toruniu Niepubliczna Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna dla Osób Autystycznych i o Cechach Autyzmu, której jest kierownikiem. E-mail: jacek.bleszynski@wp.pl

2 Problem poruszany przez autora tekstu był podejmowany na konferencji w Łodzi, zorganizowanej przez prof. zw. dr. hab. Jana Pańczyka (Błeszyński, 2002, s. 14–20).

3 „[...] system działań stosowany nie tylko wobec osób chorych, ale także wobec jednostek o zaburzonym rozwoju lub poszukujących rozwiązań sytuacji trudnych, również
w stosunku do osób pozostających w obrębie patologii społecznej, a więc dotkniętych nałogami, pozbawionych wolności, objętych głębszymi wykolejeniami, objawami cech zaawansowanej psychopatii", A. Kargul (1977, s. 27).

4 Jak ukazał A. Hulek: „podstawowym zadaniem rehabilitacji jest usprawnianie jednostki upośledzonej pod względem fizycznym, umysłowym, psychicznym lub społecznym oraz zapewnienie jej, odpowiednio do jej wieku i możliwości, wykształcenia ogólnego lub zawodowego" (Hulek, 1988, s. 11).

5 Kwestionariusz Autism Behavior Checklist (ABC) i skala Early Social Communication Scales (ESCS).

6 1. włączanie do badań grup kontrolnych; 2. dbanie o trafność doboru grupy kontrolnej; 3. wykorzystanie wyczerpujących technik

diagnostycznych; 4. przestrzeganie terminarza prowadzenia badań; 5. integrowanie w badaniach zmiennych niezależnych z zależnymi; 6. wyczerpujące oszacowanie baterii badawczych.

Ewa Pisula[1]

Wczesne wykrywanie autyzmu i efekty wczesnej terapii

Autyzm to zaburzenie, którego pierwsze symptomy, według aktualnych kryteriów diagnostycznych (APA, 2000; WHO, 1992), ujawniają się przed ukończeniem przez dziecko trzech lat. Z uwagi na charakter tych zaburzeń – dotyczą one procesów warunkujących rozwój dziecka w wielu sferach – autyzm jest całościowym zaburzeniem rozwoju, wymagającym kompleksowej terapii. Jednym z warunków skuteczności terapii jest jej wczesne rozpoczęcie. Umożliwia to nie tylko wspieranie dziecka w obszarach związanych z różnymi deficytami, ale także może zapobiegać lub przynajmniej znacząco ograniczać wtórne problemy, pojawiające się, gdy dziecko i jego rodzina są pozbawione właściwej pomocy.

Wczesny rozwój dzieci z autyzmem przebiega w różnorodny sposób. Jaklewicz (1993) proponuje wyodrębnienie dwóch typów dzieci: tych, u których zaburzenie to rozwija się wcześnie (tj. przed 12. miesiącem życia), oraz tych, u których rozwija się ono później. U wielu dzieci autyzm ujawnia się w okresie między 18. a 24. miesiącem życia. Jak dotąd fakt ten nie został przekonująco wyjaśniony. Zaczęto go wiązać z dokonywanymi kilka miesięcy wcześniej szczepieniami (głównie tzw. potrójnym szczepieniem przeciwko śwince, odrze i różyczce), ale nie znaleziono dowodów jednoznacznie potwierdzających słuszność takich przypuszczeń (np. Taylor i in., 2002).

Interesujące jest, jakie czynniki przyczyniają się do ujawnienia się autyzmu po okresie prawidłowego rozwoju dziecka. Zazwyczaj najszybciej dostrzeżony zostaje regres w mowie i zdolnościach dziecka w komunikowaniu się. Może on prowadzić do całkowitego wycofania się z mówienia (zaprzestania kierowania werbalnych komunikatów do innych osób) lub też do funkcjonowania na niższym, niżby to wynikało z wieku dziecka, poziomie rozwoju (por. Błeszyński, 1998). Zjawisko regresu w rozwoju mowy występuje najczęściej między 18. a 36. miesiącem życia. Kurita (1985) donosi, że według rodziców pojedynczymi słowami posługuje się około 25% dzieci z autyzmem w wieku 12 lub 18 miesięcy. Niektóre z nich nagle przestają mówić, częściej jednak obserwuje się stopniowe zanikanie mowy. Czasem też zachowane zostają niektóre z nabytych wcześniej umiejętności, ale dalszy rozwój nie postępuje. Taki regres może się też nie pojawić i mowa dziecka rozwija się, chociaż wyraźnie zaburzony jest jej aspekt komunikacyjny.

Jak dotąd nie znamy czynników, które powodowałyby zjawisko zaprzestania mówienia czy też szerzej – pojawienia się autyzmu u dziecka w określonym momencie życia. W niektórych sytuacjach udaje się wskazać okoliczności, które towarzyszyły kryzysowi – może to być hospitalizacja połączona z bolesnymi zabiegami medycznymi, separacja od matki związana np. z jej wyjazdem lub pojawienie się w rodzinie młodszego dziecka i koncentracja rodziców na nim. Jednakże łączenie powstawania autyzmu z doświadczeniem przez dziecko skrajnie trudnych sytuacji to tylko hipoteza, która nie została potwierdzona. Nie ma podstaw, by twierdzić, że to właśnie owe okoliczności spowodowały autyzm. Trudno natomiast wykluczyć, że zadziałały one na zasadzie katalizatora, nakładając na dziecko dodatkowe obciążenia, którym sprostanie przekraczało jego możliwości adaptacyjne. Można też przypuszczać, że rodzice, usiłując zrozumieć to, co się stało z dzieckiem, i poszukując przyczyn zaburzeń jego rozwoju, skłonni są przypisywać szczególne znaczenie tego typu okolicznościom. Należy przy tym zauważyć, że taki przebieg zdarzeń, w którym traumatyczne doświadczenia dziecka są czynnikiem wywołującym

czy choćby przyspieszającym pojawienie się oznak autyzmu, nie jest typowy dla tego zaburzenia. Znacznie częściej zdarza się, że autyzm pojawia się niepostrzeżenie i stopniowo. Zanim stanie się oczywiste, że z dzieckiem dzieje się coś złego, może upłynąć wiele czasu.

Zaburzenia rozwoju mowy są najczęstszym powodem niepokoju rodziców, skłaniającym ich do poszukiwania pomocy specjalisty. Pozostałe sygnały zaburzeń są znacznie mniej wyraziste i łatwo je zbagatelizować. Brak dążenia do kontaktu z innymi osobami można złożyć na karb nieśmiałości czy też indywidualnej charakterystyki dziecka. Co więcej, jego zachowanie jest często w tym zakresie niespójne. Zdarza się np., że unikające kontaktu dziecko, niereagujące na próby nawiązania z nim interakcji, jednocześnie lubi być przytulane i akceptuje kontakt fizyczny z rodzicami, a nawet do niego dąży.

Mimo że symptomy autyzmu pojawiają się bardzo wcześnie, jest on rozpoznawany znacznie później. Najczęściej ma to miejsce dopiero między 4. a 6. r. ż. dziecka, a bywa, że jeszcze później (Howlin, Moore, 1997; Pisula, 1991). Niewątpliwie istotną przyczyną trudności diagnostycznych jest brak dobrego przygotowania specjalistów. Jednakże nawet odpowiednio wykwalifikowani specjaliści mają czasem w tym zakresie poważne trudności. Sytuację bardzo utrudnia fakt, że nie istnieje żaden symptom autyzmu, który byłby charakterystyczny tylko dla tego zaburzenia (wszystkie nieprawidłowości obecne u dzieci z autyzmem mogą występować też u osób z innymi zaburzeniami). Bardzo ograniczony kontakt z dzieckiem utrudnia czy wręcz uniemożliwia badającemu uzyskanie wielu informacji. Im dziecko młodsze, tym trudniej ocenić, czy zachowanie podczas badania jest oznaką istotnych zaburzeń, czy też wynika ono z innych przyczyn (np. nieśmiałości lub opóźnienia rozwoju). Problemem jest też duże zróżnicowanie charakteru i natężenia symptomów u poszczególnych dzieci. Obraz kliniczny autyzmu nie jest jednorodny.

Jak dotąd nie znaleziono żadnego biologicznego wskaźnika umożliwiającego jednoznaczne rozpoznanie autyzmu. Nie istnieją

żadne testy medyczne, które mogłyby być pomocne w wykryciu tego zaburzenia. Co pewien czas pojawiają się informacje o odkryciach naukowych, które mają nas przybliżać do znalezienia biologicznych znaczników autyzmu. Wielkie zainteresowanie wzbudziły prace dotyczące wczesnych nieprawidłowości w rozwoju mózgu (Courchesne, 2002). Już znacznie wcześniej zwracano uwagę na odbiegające od przeciętnych rozmiary czaszek dzieci z autyzmem (m.in. Kanner, 1943; Fombonne i in., 1999; Lainhart i in., 1997). Nie było jednak jasne, czy i jaki ma to związek z procesami rozwoju mózgu. Dopiero badania z użyciem rezonansu magnetycznego, pozwalające na analizę wczesnego rozwoju struktur mózgowych, wniosły w tym obszarze wiele nowego. Wynika z nich, że w chwili urodzenia mózgi dzieci, u których później stwierdza się autyzm, mają prawidłową wielkość. W wieku około czterech miesięcy następuje szybki wzrost masy mózgu u dzieci, u których występuje ciężka postać autyzmu. Dzieci z lekkim nasileniem autyzmu mają mózgi zbliżone wielkością do mózgów ich prawidłowo rozwijających się rówieśników. Nie można stwierdzić z całą pewnością, których struktur mózgowych dotyczą nieprawidłowości w tempie rozwoju. Nie wiadomo też, czy są one takie same u wszystkich dotkniętych autyzmem osób. Badania te jednak sugerują, że problem może dotyczyć mechanizmów regulujących przebieg procesów rozwoju mózgu we wczesnych latach życia.

Stosunkowo łatwy do zobiektywizowanej oceny rozwój ruchowy (w tym nabywanie takich umiejętności, jak siadanie, wstawanie, chodzenie) u dziecka z autyzmem przebiega zazwyczaj prawidłowo – czas nabywania tych umiejętności mieści się w normie. Dokładna obserwacja aktywności ruchowej dzieci z autyzmem przeprowadzona przez Teitelbauma i in. (1998) wykazała jednak, że w rozwoju tym obecne są wyraźne nieprawidłowości, polegające głównie na asymetrii ruchów. Nie stwierdzono natomiast istnienia typowego dla autyzmu wzorca zaburzeń, co ogranicza przydatność tych informacji we wczesnej diagnostyce.

Poszukując odpowiedzi na pytanie, kiedy najwcześniej można rozpoznać u dziecka autyzm, warto zapoznać się z wynikami badań, w których wykorzystano nagrania wideo sporządzone w domu przez rodziców we wczesnym okresie życia dziecka. Po raz pierwszy metodę tę zastosowali, w celu wychwycenia wczesnych symptomów autyzmu, Adrien i in. (1987). Wykazali oni, że już w pierwszym roku życia można wskazać różnice między dziećmi z autyzmem a rozwijającymi się prawidłowo. Dotyczą one ubogiej aktywności dziecka w trakcie interakcji, braku uśmiechu w sytuacjach społecznych, braku lub nieadekwatnej ekspresji mimicznej, hypotonii oraz trudności ze skupianiem uwagi. W drugim roku życia dzieci te znacznie częściej niż ich rówieśnicy ignorowały ludzi, preferowały samotność, unikały kontaktu wzrokowego, przybierały niezwykłą postawę ciała, nie wykorzystywały gestów do komunikowania się i nie okazywały emocji. Były nadmiernie spokojne i mało aktywne. Na podkreślenie zasługuje, że było to znacznie bardziej widoczne u dzieci w drugim roku życia niż w pierwszym. Różnice między nimi a ich rozwijającymi się prawidłowo rówieśnikami dotyczyły zwłaszcza preferowania samotności i unikania kontaktu wzrokowego. Także Osterling i Dawson (1994) wykazały, że 12-miesięczne dzieci z autyzmem różnią się od innych w zakresie kontaktu wzrokowego, orientowania się w kierunku osoby wołającej dziecko po imieniu oraz wskazywania.

Mimo tych danych wiadomo, że u dziecka 12-miesięcznego bardzo trudno wychwycić autyzm. Jest to znacznie łatwiejsze i częściej trafne w wypadku dzieci 18-miesięcznych i starszych. Z badań Lord (1995) wynika, że istotnym kryterium wpływającym na rozpoznanie jest wiek umysłowy dziecka. Gdy przekracza on 18 miesięcy, różnicowanie dzieci z autyzmem i dzieci z opóźnieniem rozwoju bez autyzmu jest bardzo trafne. Jeśli jest jednak niższy, łatwo o niesłuszne przypisanie autyzmu dzieciom z opóźnieniem rozwoju.

Proces wykrywania autyzmu należy prowadzić wieloetapowo. Etap pierwszy, obejmujący badania przesiewowe, powinien mieć miejsce wcześnie – najlepiej około 18. miesiąca życia dzieci. Mogą

być w nim pomocne takie narzędzia, jak np. CHAT (Baron-Cohen, Allen, Gillberg, 1992). Dzieci wyłonione w wyniku takich badań powinny następnie zostać poddane pełnej procedurze diagnostycznej, umożliwiającej zarówno ewentualne stwierdzenie autyzmu, jak i opracowanie programu pozwalającego na zapewnienie im właściwej opieki i wsparcia.

Sformułowanie diagnozy bywa często warunkiem (choćby formalnym) otoczenia dziecka specjalistyczną opieką. Z pewnością bardziej uzasadnione byłoby obejmowanie wczesną interwencją dzieci z grupy ryzyka, bez konieczności nadania im atykiety autystycznych. W efekcie istniejącego stanu rzeczy do ośrodków wczesnej interwencji trafiają nierzadko dzieci 6-letnie, a nawet starsze, w odniesieniu do których termin „wczesna" interwencja nie znajduje uzasadnienia. Do grupy ryzyka, ze względu na możliwy autyzm, można zaliczyć dzieci mające starsze rodzeństwo z autyzmem. Autyzm w wielu wypadkach bywa determinowany genetycznie (por. Szatmari i in., 1998). Prawdopodobieństwo, że zaburzenie to wystąpi u kolejnego dziecka w rodzinie, jest znacznie wyższe niż prawdopodobieństwo jego pojawienia się w rodzinie dotychczas nieobciążonej -(Bailey i in., 1998). Poza tym u rodzeństwa dzieci z autyzmem częściej występują nie tylko symptomy autyzmu, ale też opóźnienia rozwoju mowy, trudności w uczeniu się oraz problemy o charakterze depresji czy zwiększonego lęku (np. Bolton i in., 1994; Piven i in., 1990). Ponadto w grupie ryzyka znajdują się dzieci, u których krewnych (rodzeństwa, rodziców, innych osób) stwierdzono zaburzenia zbliżone do autyzmu lub często z nim współwystępujące: zespół Aspergera, zespół kruchego chromosomu X, stwardnienie guzowate. Zagrożone autyzmem są też dzieci o znacznie opóźnionym rozwoju mowy (nie gaworzą i nie używają prostych gestów w wieku 12 miesięcy, nie posługują się słowami w wieku 18 miesięcy, nie budują prostych dwuwyrazowych zdań w wieku 24 miesięcy). Jak opisują je rodzice, nie reagują one na swoje imię, nie potrafią wyrazić swoich potrzeb, sprawiają wrażenie głuchych, bo nie odpowiadają na kierowane do nich komunikaty, nie naśladują zachowań innych ludzi (np. machania ręką na

pożegnanie). Niektóre z nich kiedyś używały kilku słów, ale zaprzestały posługiwania się nimi. Również dzieci z problemami w rozwoju społecznym powinny być uważnie obserwowane pod kątem autyzmu (dzieci, które nie uśmiechają się do innych osób, preferują samotność, unikają kontaktu wzrokowego, przebywają we własnym świecie, nie okazują zainteresowania innymi dziećmi, sprawiają wrażenie bardzo niezależnych od innych ludzi). Wreszcie uwagą należy otoczyć też dzieci z problemami w zachowaniu (hiperaktywne, niezwykle zafascynowane pewnymi przedmiotami, niebawiące się zabawkami w zwykły sposób, nadwrażliwe na pewne dźwięki lub dotyk itd.).

Wczesne rozpoznanie autyzmu nie jest jednoznaczne z wczesnym rozpoczęciem terapii. Dysponujemy coraz większą liczbą danych wskazujących na to, że wczesna interwencja w odniesieniu do dzieci z autyzmem przynosi bardzo dobre rezultaty.

Wczesne podejmowanie działań terapeutycznych

Przez wiele lat sądzono, że osoby z autyzmem w niewielkim stopniu korzystają z oddziaływań terapeutycznych i edukacyjnych. Swego rodzaju przełom nastąpił, gdy zaczęto wprowadzać programy wczesnej interwencji. Okazało się wówczas, że uczestniczące w nich dzieci rozwijają się znacznie lepiej. Jednakże ocena skuteczności tych oddziaływań nie jest łatwa. W wypadku autyzmu zazwyczaj nie mamy do czynienia z sytuacją, że rozwój dziecka zaczyna w efekcie terapii przebiegać całkowicie prawidłowo. Po kilku latach pracy w funkcjonowaniu dziecka następuje zazwyczaj duży postęp. Jednakże precyzyjne ustalenie, jakie czynniki w największym stopniu się na niego złożyły, w tym także wyodrębnienie skutków stosowania określonych metod, napotyka poważne trudności metodologiczne. Nic więc dziwnego, że informacje, jakie płyną w tym zakresie z badań, nie są jednoznaczne.

W ocenie skuteczności oddziaływań istotne jest, w jaki sposób zostały zdefiniowane ich cele i jak, w ich kontekście, mierzono efekty. Najczęściej stosowanym wskaźnikiem zmian jest iloraz inteligencji dziecka (I.I.). Badania wskazują na wyraźny wzrost poziomu zdolności intelektualnych, mierzonego za pomocą ilorazu inteligencji, w wyniku wczesnych oddziaływań. Wzrost ten wynosi nawet około 20 punktów (np. Anderson i in., 1987; Harris i in., 1991). Dane te przyczyniły się do zweryfikowania tezy o stabilnym poziomie funkcjonowania intelektualnego dzieci z autyzmem (Rutter, 1983), czy też o stosunkowo małych zmianach, jakie w nim mogą następować (np. Weinberg, 1989). Także Lord i Schopler (1995), analizując zmiany w ilorazach inteligencji u dzieci w wieku przedszkolnym (3–7 lat), objętych programem TEACCH, u większości z nich stwierdzili utrzymywanie się ilorazów na

stosunkowo stałym poziomie. Okazało się jednak, że u najmłodszych uczestników programu – dzieci, wobec których oddziaływania rozpoczęto między 2. a 3. rokiem życia – po upływie 4–5 lat stwierdzono znaczącą zmianę wysokości I.I. Dotyczyło to zwłaszcza dzieci, u których jego „wyjściowy" poziom był bardzo niski – u nich wzrost wyniósł przeciętnie ponad 15 punktów.

Podobne wyniki uzyskali Sigman i in. (1999), dokonując długofalowej analizy rozwoju 70 dzieci z autyzmem od okresu przedszkolnego do dorastania. Wszystkie one były objęte wczesną interwencją. W wieku przedszkolnym zaledwie u 9% tej grupy ilorazy inteligencji wynosiły powyżej 70, w okresie dorastania zaś procent ten wynosił 33.

Harris i Handleman (2000) potwierdzili, że skuteczność metod stosowanych wobec dzieci z autyzmem pozostawała w związku z wyjściowym poziomem inteligencji. Jednakże w tym badaniu, w przeciwieństwie do danych uzyskanych przez Schoplera i in. (1995), wykazano, że efekty były lepsze u dzieci z wyższymi ilorazami (średnia wynosiła 78 punktów). Należy jednak zwrócić uwagę na to, że za wskaźnik efektywności uznano możliwość umieszczenia dziecka w klasie szkolnej. Jest oczywiste, że tego typu wskaźnik zawsze lepiej wypada w odniesieniu do dzieci, których rozwój intelektualny mieści się w normie. Nie oznacza to jednak oczywiście, że u pozostałych dzieci terapia nie przynosi efektów. Warto to podkreślić, bowiem definiowanie celu w kategoriach włączenia dziecka w masową edukację przesłania fakt, że dzieci, które nie osiągnęły tego poziomu funkcjonowania, zazwyczaj w wyniku terapii i edukacji także dokonały wielkich postępów, wpływających na jakość ich życia w przyszłości. Wskaźniki, takie jak umieszczanie w zwykłych klasach, pełna integracja czy też możliwość uczęszczania do publicznych szkół są mało precyzyjne. Może się za nimi kryć wiele różnych sytuacji, które – choć są one zazwyczaj wielkim sukcesem – różnią się stopniem wsparcia niezbędnego dziecku.

Nie ulega także wątpliwości, że posługiwanie się ilorazem inteligencji jako miarą efektywności terapii może być zawodne.

Powszechnie znane są trudności, jakie sprawia pomiar inteligencji u dzieci z autyzmem. Im dziecko młodsze, tym zadanie to jest trudniejsze. Ocena poziomu rozwoju zdolności intelektualnych 2- czy 3-latka z autyzmem – dziecka, z którym trudno nawiązać kontakt z powodu jego bardzo ograniczonych zdolności do komunikowania się, może być obarczona dużym błędem. Łatwo wyobrazić sobie sytuację, w której rzeczywiste możliwości dziecka nie mogły zostać trafnie określone. Okazuje się również, że rodzaj narzędzia zastosowanego do pomiaru zdolności dziecka w istotny sposób wpływa na uzyskiwane rezultaty. Magiat i Howlin (2001) porównywały trzy powszechnie stosowane testy, wykazując, że badane za ich pomocą dzieci uzyskały różne wskaźniki inteligencji. Jest to kolejna wskazówka, że analizując zmiany, jakie dokonują się w wysokości I.I., należy unikać sytuacji, w których w pre- i poststeście stosowane są różne narzędzia. Bywa też tak, że na podstawie badania np. Profilem Psychoedukacyjnym (PEP-R, Schopler i in., 1995), opracowany zostaje program pracy z dzieckiem, zawierający ćwiczenia edukacyjne bardzo zbliżone do zadań w teście. Gdy po pewnym czasie dziecko poddawane jest kolejnej ocenie za pomocą PEP-R, uzyskuje wyniki znacznie lepsze, jednakże informują nas one przede wszystkim o wyćwiczeniu pewnych umiejętności.

Warto także zauważyć, że iloraz inteligencji nie zawsze jest dobrym prognostykiem rozwoju. Sigman i in. (1999) wykazali, że znacznie lepiej przewidywanie takie umożliwiała w wypadku małych dzieci obserwacja ich zdolności do zabawy oraz wczesne posługiwanie się przez nie środkami służącymi do komunikacji niewerbalnej. Z kolei Stone i Yoder (2001), badając czynniki umożliwiające przewidywanie poziomu rozwoju mowy u dzieci z autyzmem (badanych w wieku 2,
a następnie 4 lat), stwierdzili, że najlepszymi predyktorami były zdolności do motorycznego naśladowania oraz liczba godzin terapii mowy.

Na skuteczność wczesnych oddziaływań wpływa także wiek, w jakim było dziecko w momencie ich rozpoczęcia. W odniesieniu do metod behawioralnych stwierdzili to między innymi Harris i

Handleman (2000). Nie oznacza to jednak, że istnieje w tym zakresie prosta zależność „im wcześniej, tym lepiej". Gabriels i in. (2001) nie potwierdzili jej istnienia, porównując dzieci, które poczyniły znacznie większe postępy w rozwoju, z tymi, u których efekty terapii były mniejsze. Poza wiekiem dzieci i wyjściowym poziomem funkcjonowania trzecim analizowanym w kontekście efektywności wczesnej terapii czynnikiem bywa intensywność oddziaływań. Także w tym obszarze uzyskane dane nie są spójne. Lovaas (1987) wykazał, że efekty bardzo intensywnej terapii behawioralnej (około 40 godzin tygodniowo) stosowanej wobec małych dzieci były znacznie lepsze (mierzono je za pomocą I.I.) od efektów terapii prowadzonej takimi samymi metodami, ale znacznie mniej intensywnie (tj. około 10 godzin tygodniowo). Jednakże wyniki uzyskane przez innych badaczy nie były tak jednoznaczne. Sheinkopf i Siegal (1998) nie stwierdzili ścisłej korelacji między liczbą godzin terapii i wzrostem ilorazów inteligencji. Z kolei Gabriels i in. (2001) w przytaczanym już wcześniej badaniu stwierdzili, że czynnikiem różnicującym grupy z lepszymi i gorszymi wynikami terapii była właśnie liczba godzin terapii. W wypadku grupy „lepiej" funkcjonujących była ona większa o około 27 godzin miesięcznie, co w sumie w całym programie oznaczało ponad 1 070 godzin więcej. Grupy te nie różniły się natomiast pod względem czasu zdiagnozowania autyzmu, płci i – wspomnianego wcześniej – wieku w momencie rozpoczęcia oddziaływań. Z pewnością rację mają Luiselli i in. (2000), podkreślając, że efekty oddziaływań są modyfikowane przez wiele różnorodnych czynników, związanych np. z funkcjonowaniem rodziny, zaangażowaniem rodziców w terapię dziecka.

Wpływ sytuacji rodzinnej na rozwój dziecka nie budzi wątpliwości. Autyzm u dziecka stanowi źródło silnego stresu dla rodziców. Zjawisko to było przedmiotem licznych badań (por. Pisula, 1998). Wynika z nich, że rodzice doświadczają dużego lęku, żyją w ustawicznym napięciu i poczuciu bezradności. Konsekwencją tego stanu rzeczy bywają poważne problemy zdrowotne. Rodzice małych dzieci z tym zaburzeniem znajdują się

w sytuacji szczególnej. Wynika to z faktu, że autyzm jest późno rozpoznawany u dziecka, a ponadto z faktu rozpoznania nie wynika jeszcze otoczenie dziecka i jego rodziny specjalistycznym wsparciem. Chaos, w jakim żyje rodzina mająca małe dziecko z autyzmem, jest źródłem dodatkowych obciążeń. Dlatego też znaczenie wczesnej interwencji wykracza daleko poza pomoc dostarczaną dziecku. Obejmuje ona także otoczenie wsparciem rodziców: pomoc w zrozumieniu na czym polega zaburzenie obecne w rozwoju ich dziecka, pokazanie sposobów radzenia sobie z wieloma problemami, wobec których rodzice czują się bezradni. Rodziny, które taką pomoc otrzymały – choć zazwyczaj nie jest ona wystarczająca i zaspokaja tylko część potrzeb – znacznie lepiej zaczynają radzić sobie z sytuacją wychowywania dziecka z autyzmem.

Chociaż w świetle przedstawionych w niniejszym artykule danych wciąż wiele niejasności dotyczy efektów wczesnej interwencji podejmowanej wobec dzieci z autyzmem, nie ulega wątpliwości, że jak najwcześniejsze otoczenie dziecka i rodziny specjalistyczną opieką jest niezbędne. Intensywnie prowadzone prace badawcze dotyczące wspierania rozwoju dzieci z tym zaburzeniem z pewnością przyniosą informacje pozwalające na uzyskiwanie coraz lepszych efektów.

Bibliografia

Adrien J. L., Ornitz E., Berthelemy C., Sauvage D., Lelord G. (1987), *The Presence or Absence of Certain Behaviors Associated with Infantile Autism in Severely Retarded Autistic and Non-autistic Retarded Children in Very Young Children*, „Journal of Autism and Developmental Disorders", 17, 407–416.

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (wyd. 4), APA, Washington.

Anderson S. R., Avery D. L., DiPietro E. K., Edwards G. L., Christian W. P. (1987), *Intensive Home-based Intervention with Autistic Children*, „Education and Treatment of Children", 10, 352–366.

Bailey A., Palferman S., Heavey L., LeCouteur A. (1998), *Autism: The Phenotype in Relatives*, „Journal of Autism and Developmental Disorders", 28, 235—240.

Błeszyński J. (1998), *Mowa i język dzieci z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, WSP, Słupsk.

Baron-Cohen S., Allen J., Gillberg S. (1992), *Can Autism be Detected at 18 Months? The Needle, the Haystack, and the CHAT*, „British Journal of Psychiatry", 161, 839–843.

Bolton P., Macdonald H., Pickles A., Rios P., Goode S., Crowson M., Bailey A., Rutter M. (1994) *A Case-control Family History Study of Autism*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry", 35, 877–900.

Courchesne E. (2002), *Abnormal Early Brain Development in Autism*, „Molecular Psychiatry", 7, 21–23.

Fombonne E., Roge B., Claverie J., Courty S., Fremolle J. (1999), *Microcephaly and Macrocephaly in Autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders", 29, 113–119.

Gabriels R. L., Hill D. E., Pierce R. A, Rogers S. J., Wehner B. (2001), *Predictors of Treatment Outcome in Young Children with Autism*, „Autism", 5, 407–429.

Harris S., Handleman J. S. (2000), *Age and IQ at Intake as Predictos of Placement for Young Children with Autism: A four- to Six-year Follow-up*, „Jour-nal of Autism and Developmenal Disorders", 30, 137–141.

Harris S., Handleman J., Gordon R., Kristoff B., Fuentes F. (1991), *Changes in Cognitive and Language Functioning of Preschool Children with Autism*, „Journal of Autism and Developmenal Disorders", 21, 281–290.

Howlin P., Moore A. (1997), *Diagnosis of Autism. A Survey of Over 1200 Patients in the UK*, „Autism", 1, 135–162.

Jaklewicz H. (1993), *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza, przebieg, leczenie*, GWP, Gdańsk.

Kanner L. (1943), *Autistic Disturbances of Affective Contact*, „Nervous Child", 2, 217–250.

Kurita H. (1985), *Infantile Autism with Speech Loss Before the Age of 30 Months*, „Journal of the American Academy of Child Psychiatry", 24, 191–196.

Lainhart J. E., Pive J., Wzorek M., Landa R., Santangelo S. L., Coon H., Folstein S. E. (1997), *Macrocephaly in Children and Adults with Autism*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 36, 282–290.

Lord C. (1995), *Follow-up of Two-year-olds Referred for Possible Autism*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry", 36, 1365–1382.

Lord C., Schopler E. (1995), *Stability of Assessments Results of Autistic and Non-autistic Language-impaired Children from Preschool Years to Early School Age*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry", 30, 575–590.

Lovaas I. O. (1987), *Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology", 55, 3–9.

Luselli J. K., Cannon B. O., Ellis J. T., Sisson R. W. (2000), *Home-based Behavioral Intervention for Young Children with Autism/Pervasive Developmetal Disorder*, „Autism", 4, 426–438.

Magiat I., Howlin P. (2001), *Monitoring the Progress of Preschool Children with Autism Enrolled in Early Intervention Programmes*, „Autism", 5, 399–406.

Osterling J., Dawson G. (1994), *Early Recognition of Children with Autism: A Study of First Birthday Home Videotypes*, „Journal of Autism and Developmental Disorders", 24, 247–259.

Pisula E. (1991), *Spostrzeganie własnego dziecka przez rodziców dzieci autystycznych*, „Szkoła Specjalna", 2/3, 76–83.

Pisula E. (1998), *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Wydawnictwa UW, Warszawa.

Piven J., Gayle J., Chase G. A., Fink B., Landa R., Wzorek M. M., Folstein S. E. (1990), *A Family History Study of Neuropsychiatric Disorders in the Adult Siblings of Autistic Individuals*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 29, 177–183.

Rutter M. (1983), *Cognitive Deficits in the Pathogenesis of Autism*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry", 24, 513–531.

Schopler E., Reichler R. J., Bashford A., Lansing M. D., Marcus L. M. (1995), *Profil psychoedukacyjny (PEP-R). Zindywidualizowana ocena i terapia dzieci autystycznych oraz dzieci z zaburzeniami rozwoju*, t. 1, SPOA, Gdańsk.

Sheinkopf S., Siegal B. (1998), *Home-Based Behavioral Treatment for Young Autistic Children*, „Journal of Autism and Developmental Disorders", 28, 15–23.

Sigman M., Ruskin E., Arbeile S., Grona R., Dissanayake C., Espinoza M., Kim N., Lopez A., Zierhut C. (1999), *Continuity and Change in the Social Competence of Children with Autism, Down's Syndrome, and Developmental Delays*, „Monographs of the Society for Research in Child Development", 64, 1–144.

Stone W., Yoder P. J. (2001), *Predicting Spoken Language Level in Children with Autism Spectrum Disorders*, „Autism" 5, 341–361.

Szatmari P., Jones M. B., Zwaigenbaum L., MacLean J. E. (1998), *Genetics of Autism: Overview and New Directions*, „Journal of Autism and Developmental Disorders", 28, 351–368.

Taylor B., Miller E., Lingam R., Andrews N., Simmons A., Stowe J. (2002), *Measles, Mumps and Rubella Vaccination and Bowel Problems or Developmental Regression in Children with Autism: Population Study*, „British Journal of Medi-cine", 324, 393–396.

Teitelbaum P., Teitelbaum O., Nye J., Fryman J., Maurer R. G. (1998), *Movement Analysis in Infancy May be Useful for Early Diagnosis of Autism*, „Proceedings of the National Academy of Sciences USA", 95, 13982–13987.

Weinberg R. A. (1989), *Intelligence and IQ: Landmark Issues and Great Debates*, „American Psychologist", 44, 98–104.

World Health Organization (1992), *Manual of the International Statistical Classification of the Diseases, and Related Health Problems*, wyd. 10, t. 1, WHO, Genewa.

---

1 Autorka jest doktorem habilitowanym, profesorem Uniwersytetu Warszawskiego na Wydziale Psychologii. Główne zainteresowania badawcze autorki dotyczą dzieci z zaburzeniami w rozwoju, a w szczególności z autyzmem oraz funkcjonujących z nimi rodzin. Adres: Wydział Psychologii UW, ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa, e-mail: ewa.pisula@inetia.pl

Małgorzata Sekułowicz[1]

Metoda Integracji Sensorycznej w diagnozie i terapii dzieci z autyzmem

Praca z dzieckiem autystycznym stanowi duże wyzwanie dla rodziców i terapeutów w wyniku niejasności zachowań i reakcji, wynikających ze specyfiki zaburzenia. Mnogość nieakceptowanych zachowań autystów sprawia, że nasuwają się pytania o rodzaj pomocy i sposób pracy terapeutycznej, która okaże się skuteczna i właściwa.

Moim zamysłem nie jest przedstawienie i charakteryzowanie autyzmu jako zaburzenia, z jego najistotniejszymi cechami, natomiast chciałabym wskazać na jeden ze sposobów pracy z dziećmi autystycznymi, który wykorzystuję w swoich dotychczasowych doświadczeniach terapeutycznych z dość dużym powodzeniem. Tym sposobem jest metoda Integracji Sensorycznej.

Integracja sensoryczna to neurobiologiczna czynność, która zachodzi w obrębie ciała każdego człowieka (Viola, 2001). W sytuacji gdy doznania są przenoszone do mózgu w zintegrowany, zorganizowany sposób, mózg wykorzystuje je do kształtowania percepcji, zachowań i w procesach uczenia się. Jednak gdy mózg i cały system nerwowy nie są w stanie bez zakłóceń integrować informacji pochodzących od zmysłów, wówczas mówimy o zaburzonej integracji sensorycznej. Informacje docierające do mózgu są niewłaściwie przetwarzane, w następstwie czego

pojawiają się zaburzenia percepcji, zdolności ruchowych, umiejętności bawienia się, samoobsługi, zachowań i uczenia się. Osoba z tego rodzaju problemami odznacza się dużą niepewnością grawitacyjną. Ma problemy w skakaniu, chodzeniu po wyznaczonej linie, w huśtaniu się, bujaniu, a nade wszystko w obracaniu się wokół własnej osi. Bardzo często broni się przed dotykiem, nie lubi dotykać niektórych przedmiotów (istotna jest konsystencja) i jednocześnie być dotykanym. Ma duże trudności w rozpoznawaniu przedmiotów tylko dotykiem bez udziału wzroku. Ponadto ma poważne problemy w odczytywaniu, rozróżnianiu dźwięków. Występuje nadwrażliwość na intensywność i polifoniczność dźwięku, każdy zbyt głośny dźwięk mózg odczytuje nieprawidłowo jako ogromny hałas powodujący niemalże ból. Nie toleruje też zbyt jasnego światła, pulsującego i kolorowego.

Ta bardzo krótka informacja o zaburzeniach integracji sensorycznej wskazuje na wiele nieprawidłowości w zachowaniu dzieci autystycznych.

Niechęć do dotyku, problemy z obcięciem włosów, paznokci, z myciem zębów, zakrywanie uszu w sytuacjach często niezrozumiałych dla otoczenia – to tylko niektóre „dziwne" zachowania dziecka autystycznego, z których interpretacją wielu specjalistów ma do dziś problemy. Może te i inne zaburzenia, np.: wszechobecny lęk i poczucie dyskomfortu, wynikają nie tylko z zaburzeń o podłożu emocjonalnym, ale są kompilacją problemów emocjonalnych i neurologicznych. W chwili obecnej wielu naukowców i terapeutów skłania się ku takiej opcji.

Świadczy to o tym, iż słuszne jest stwierdzenie, że większość dzieci z autyzmem wykazuje szereg nieprawidłowości wynikających z zaburzenia integracji sensorycznej. Potwierdzają to badania i doświadczenia terapeutyczne wielu specjalistów (Viola, 2001, 1999).

Najbardziej znaną przedstawicielką metody Integracji Sensorycznej była Jean Ayres (Maas, 1998). Jej koncepcje opierały się na pojawieniu się nieprawidłowości w zachowaniu, zakłóceń motorycznych, trudności w uczeniu się i mowie, których przyczyna tkwi w niewystarczającym przetwarzaniu zmysłowym.

Zaburzenia dotyczą podstawowych obszarów, takich jak propriocepcja, system taktylny i westybularny, które przetwarzane są w większości w pniu mózgu.

Te zakłócenia bezpośrednio oddziałują na dalsze przetwarzanie bodźców zmysłowych na wyższym poziomie integracyjnym mózgu. Zadaniem mózgu jest przetworzenie impulsów sensorycznych i takie zorganizowanie reakcji organizmu, aby dać właściwą odpowiedź motoryczną do obwodowego układu nerwowego. Ta odpowiedź z kolei ma zasadniczy wpływ na środowisko i organy zmysłowe.

Prawidłowe funkcjonowanie organizmu uzależnione jest od tego, czy istnieje współpraca pomiędzy kanałami sensorycznymi. Jedynie polisensoryczna stymulacja pozwala na adekwatne do rzeczywistości poznawanie siebie i otaczającego świata. Jean Ayres wyodrębniła cztery istotne zakłócenia procesów integracji sensorycznej:

1. zakłócenia praksji,
2. zakłócenia dotyczące zmysłu równowagi,
3. reakcje obronne na bodźce taktylne,
4. zakłócenia w spostrzeganiu wizualnym.

Zakłócenia praksji

Pojęcie praksji odnosi się do zdolności planowania celowych działań i sterowania nimi. Podstawą praksji jest rozwój schematu ciała. Pozwala bowiem na adekwatne planowanie działań i ich sterowanie.

Za rozwój schematu ciała i planowanie ruchu odpowiedzialne są następujące obszary:

1. spostrzeżenia taktylne – które rozwijają się od globalnego odczuwania bodźców dotykowych, aż do ich poszczególnego różnicowania. W tym procesie bardzo istotną rolę odgrywa odczuwanie ruchu ciała. Poprzez odczuwanie bodźców taktylnych dochodzi do stopniowego wykształcenia się u dziecka wyobrażenia o schemacie ciała. W wypadku zaburzeń doznań taktylnych proces ten wydłuża się, a ponadto dziecko uczy się nieprawidłowego, nieadekwatnego do rzeczywistości schematu ciała, co determinuje rozwój ruchowy;
2. system westybularny – odpowiedzialny za odczuwanie siły ciężkości. System ten jest ważny do sterowania ruchami. Dzięki niemu napięcie mięśniowe jest adekwatne do sytuacji, co z kolei czyni ciało gotowym do reagowania. W wypadku dzieci autystycznych spotykamy się dość często z różnymi zaburzeniami westybularnymi;
3. wrażenia czucia głębokiego – poprzez ten obszar dostarczane są informacje o zachowaniu się poszczególnych części ciała w stosunku do siebie. Są to przede wszystkim wrażenia odbierane ze stawów.

Połączenia oddziaływań tych trzech obszarów pozwalają na wielostronne spostrzeganie. Obraz własnego ciała i jego ruchowych możliwości nabiera charakteru struktury, np. spostrzeganie informacji sensorycznej o położeniu ręki, sile

napięcia na długopis, położeniu palców w stosunku do siebie etc. ułatwia zaplanowanie i wykonanie czynności pisania.

U dzieci z zespołem autystycznym i nie tylko spotykamy się z dyspraksją lub apraksją uwarunkowaną rozwojowo. Zaburzenie to wpływa niekorzystnie na wszelkie działania ruchowe dzieci nim obciążone.

Zakłócenia zmysłu równowagi

Zakłócenia te są efektem nieprawidłowości funkcjonowania układu przedsionkowego (Maas, 1998, s. 49). Jeśli układ przedsionkowy (zmysł równowagi) funkcjonuje prawidłowo, to prawie nie odczuwamy jego istnienia. Jego praca jest dla nas nieświadoma, nie angażuje myślenia. Układ przedsionkowy należy do pierwotnych i podstawowych. Jego najistotniejszą rolą jest kształtowanie relacji ciała z siłą przyciągania ziemskiego. Gdy pojawiają się zakłócenia zmysłu równowagi, wówczas mamy do czynienia z niepewnością, grawitacyjną. Objawia się ona wzmożonym napięciem, lękiem przed zmianami położenia ciała (głowy i całego ciała), niepewnością w przestrzeni. Zaburzenie to ma charakter neurofizjologiczny, choć bardzo często jest mylone z problemami natury emocjonalnej.

Jest to związane z niedokładnym zintegrowaniem spostrzeżeń westybularnych i proprioceptywnych. Zaburzenie to przejawia się w przetrwałych odruchach postawy z pierwszych miesięcy życia, które normalnie w procesie rozwoju osobniczego ulegają zahamowaniu, w konsekwencji występują niewystarczające reakcje równowagi w wyniku zbyt małej integracji bodźców westybularnych. Obserwowane są dzieci z nadwrażliwością i niedowrażliwością w tym zakresie. Dzieci niedowrażliwe poszukują bodźców w ten sposób, że pozwalają się kręcić przez długi okres czasu, nie dostając przy tym zawrotów głowy. Nie obserwuje się u nich także szybkich ruchów gałek ocznych w sytuacji, gdy po długotrwałym kręceniu następuje gwałtowne zatrzymanie. Niewystarczające reakcje równowagi można najprościej zaobserwować u dzieci stojących na jednej nodze z zamkniętymi oczami. Ćwiczenie to sprawia im duży problem. Rezultat niewystarczającej integracji westybularno-proprioceptywnej widoczny jest także w zbyt małej kontroli oczu. Mięśnie odpowiedzialne za ruchy gałek ocznych bezpośrednio związane są

z mięśniami karku i systemem westybularnym. Zaburzenia tego obszaru mają wpływ na skoordynowany i płynny ruch oczu. Dziecko ma kłopoty w śledzeniu przedmiotów oraz w skupieniu wzroku na przedmiotach. Dodatkowy problem stanowi niedokładna integracja stronna ciała. U dzieci pojawiają się trudności w używaniu przeciwległych części ciała, np. trudność stanowi gra na pianinie, gdy trzeba wykorzystać do tych czynności obie ręce. Podobnie pojawia się problem przy skokach obunożnych. Dlatego podstawowe do rozwinięcia zintegrowanych funkcji oraz symetrycznych i niesymetrycznych wzorów zachowań ruchowych jest raczkowanie.

W wypadku dzieci autystycznych wychwycenie w porę tych nieprawidłowości może pomóc we właściwej interpretacji zaburzonego, nieprawidłowego funkcjonowania dziecka.

Reakcje obronne na bodźce taktylne

Dzieci, u których występują te zaburzenia, wykazują nadmierne i nieadekwatne reakcje na określone typy bodźców taktylnych, które są przez nie interpretowane jako zagrożenie, niebezpieczeństwo. Autyści reagują bardzo gwałtownie – obroną lub ucieczką przed nieokreślonym zagrożeniem.

System taktylny, czyli odczuwanie dotyku, składa się z dwóch podsystemów, których zadaniem jest:

- obrona,
- rozróżnianie.

System obronny spełnia ważną funkcję alarmującą o niebezpieczeństwie, np. szybkie cofnięcie ręki w pobliżu źródła ognia, gdy poczujemy gorąco. W wypadku dzieci autystycznych system ten jest dość często zakłócony, co powoduje reakcje alarmowe przy każdym dotknięciu. Reakcje te są tym bardziej gwałtowne, gdy:

1. dziecko nie widzi bodźca wywołującego dotknięcie,
2. bodźce są zbyt lekkie, delikatne, zbyt powierzchowne.

Dzieci, u których obserwowane są tego typu reakcje, wyraźnie preferują uścisk mocny, odczuwając go jako przyjemny. Obrona przed bodźcem wiąże się bowiem z trudnością z rozróżnieniem określonych doznań taktylnych.

Podobnie jak w wypadku niepewności grawitacyjnej, także i tu różne zachowania dziecka są błędnie interpretowane, zwłaszcza gdy współwystępują z nadpobudliwością psychoruchową.

Problemy reakcji na bodźce taktylne powodują u dzieci niechęć do noszenia ubrań z krótkimi rękawami. Nawet gdy jest gorąco, dzieci wymuszają nakładanie ubrań z długim rękawem lub swetrów. Ponadto nie lubią biegać bez obuwia, bosymi stopami, a także nie lubią bawić się przedmiotami o płynnej, lepkiej

konsystencji, np. mokry piasek, masa solna lub ciasto, błoto. Sprawiają wrażenie dzieci bardzo czystych.

Zakłócenia w spostrzeganiu wizualnym

W spostrzeganiu wizualnym można wyróżnić dwa rodzaje zakłóceń. Są to:

- zakłócenia położenia,
- zakłócenia w spostrzeganiu stosunków przestrzennych.

Przy niezaburzonym spostrzeganiu dziecko rozróżnia położenie przedmiotów w stosunku do siebie. W sytuacji zakłóceń tego rodzaju ma problemy w ustaleniu położenia, a także jego ruchy są niepewne i niezręczne. Dziecko ma problemy ze zrozumieniem słów odnoszących się do stosunków przestrzennych. Tego rodzaju zaburzenia dość często mogą być połączone z zaburzeniami lateralizacji i schematu ciała. Spostrzeganie położenia jest etapem, z którego rozwija się spostrzeganie stosunków przestrzennych. U dzieci, które mają problemy z określeniem stosunków przestrzennych, kłopotliwe jest wyodrębnianie figury z tła, nawijanie koralików, zbieranie klocków z podłoża o wzorzystym tle.

Poza wymienionymi czterema najistotniejszymi obszarami zakłóceń sensomotorycznych istotną rolę w integracji odgrywają także zmysł powonienia i zmysł smaku. Odpowiedzialnym za ich analizę jest układ limbiczny zlokalizowany w płatach czołowych mózgu. Zapachy oraz smak mogą mieć duże znaczenie w kształtowaniu się reakcji emocjonalnych. Powszechnie wiadomo, że u dzieci z zespołem autystycznym istnieje problem nieprawidłowości funkcjonowania układu limbicznego, co z kolei wiąże się z zakłóceniami w odbiorze wrażeń węchowych i smakowych.

Mając na uwadze powyższe informacje, należy stwierdzić, że jedną ze skuteczniejszych metod terapii dzieci autystycznych staje się w tym ujęciu metoda Iintegracji Sensorycznej. Metoda ta jest dobrym sposobem terapii, jednak w celu prawidłowego jej

stosowania niezbędne jest przeprowadzenie wcześniejszej diagnozy Integracji Sensorycznej odpowiednim do metody narzędziem diagnostycznym. Może to być Test Dysfunkcji Integracji Sensorycznej opracowany przez prof. Stephena Violę z Uniwersytetu Missouri w St. Louis. Test ten stanowi komplementarne, rzetelne źródło informacji o dziecku autystycznym. Powinien być stosowany wraz z informacjami uzyskanymi od rodziców w Kwestionariuszu Historii Sensomotorycznej.

Składa się on z trzydziestu pięciu różnych testów i podskal oceniających poziom wrażliwości na określone bodźce słuchowe, wzrokowe, dotykowe (czucie powierzchowne, głębokie), równowagę oraz smak i węch, jak również prognozujący o możliwościach terapeutycznych. Badane nim dzieci (w przedziale wiekowym od 4 do 16 lat) uzyskują jeden z trzech następujących wyników: N – normalny, P – podwyższony i W – wysoki. Dopiero po rzetelnym opracowaniu wyników testu należy przystąpić do terapii dziecka.

„Przyjmując hierarchię procesów integracji sensorycznej, rozpoczynamy terapię od udrażniania tych kanałów, które są odpowiedzialne za integrowanie wrażeń na najniższym poziomie, to znaczy sfery westybularnej, proprioceptywnej, taktylnej, zmysłu węchu i smaku. Po raz pierwszy zintegrowane sygnały pochodzące z tych kanałów umożliwiają bardziej już ukierunkowany proces gromadzenia impulsów wzrokowych i słuchowych. Odpowiednie ustawienie gałek ocznych, przyjęcie właściwego ustawienia głowy czy pozycji całego ciała pozwala bardziej lub mniej precyzyjnie odbierać dźwięki i impulsy optyczne. Z kolei integracja doznań płynących wszystkimi wymienionymi kanałami umożliwia praksję, a więc precyzyjne działanie nastawione na określony cel z zaplanowaniem kolejnych sekwencji czynności, oceny ich wykonania i końcowym efektem. Zazwyczaj mamy do czynienia z sytuacją, gdy zablokowany jest nie jeden, lecz kilka kanałów odbioru informacji” (Kruk-Lasocka, 1999, s. 78).

Propozycje podstawowych ćwiczeń do stymulacji w zakresie integracji sensorycznej

- plansze na białym, żółtym, szarym papierze z określonymi kształtami figury geometrycznej – stymulacja wzrokowa i wzrokowo-ruchowa, zadaniem terapeuty jest praca z dzieckiem w celu wyodrębniania odpowiednich elementów z tła (ćwiczenie to ma zarówno charakter diagnostyczny, jak i terapeutyczny);
- ćwiczenia na planszach wzorcowych z figurami geometrycznymi i z zadrukowanym tłem;
- ćwiczenia wodzenia wzrokiem za poruszającym się przedmiotem;
- ćwiczenia rysowania postaci;
- ćwiczenia analizujące precyzję ruchową – małą motorykę;
- ćwiczenia rozpoznawania określonych punktów na płaszczyźnie i w przestrzeni;
- rozpoznawanie kształtów za pomocą dotyku;
- rozpoznawanie za pomocą dotyku kształtów kreślonych na dłoniach dziecka, na brzuchu, plecach;
- ćwiczenia wodzenia palcem w kierunku nosa i ręki terapeuty;
- ćwiczenia odwzorowywania sekwencji liczb i sekwencji dźwięków;
- rozróżnianie wyrazów za pomocą słuchu (jest to propozycja dla lepiej funkcjonujących dzieci autystycznych);
- ćwiczenia stymulujące reakcje dziecka na różne zapachy;
- ćwiczenia stymulujące reakcje dziecka na różne smaki z uwzględnieniem specyficznych zachowań, np.: nadgryzanie, żucie fragmentów ubrań czy też różnych przedmiotów niejadalnych;

- ćwiczenia stymulujące stopy, dłonie, okolice kręgosłupa, twarz;
- ćwiczenia tzw. podwójnej stymulacji dotykowej;
- pocieranie przedmiotów o różnej fakturze ręką dziecka;
- ćwiczenia konieczne do rozwoju planowania ruchowego, np.: stanie na jednej nodze, podnoszenie rąk do góry i składanie ich nad głową;
- ćwiczenia usprawniające utrzymanie równowagi, np.: na jednej nodze z otwartymi, a następnie zamkniętymi oczami, popularne „tip-topki" po wyznaczonej linii, skakance, poruszanie się po podłodze podskokami;
- przewroty w przód, ćwiczenia na deskorolce, bujanym fotelu, krześle obrotowym;
- ćwiczenia w przeciąganiu, siłowaniu się;
- ćwiczenia w odwzorowywaniu określonych pozycji ciała zaprezentowanych dziecku przez terapeutę;
- chodzenie na czworakach;

Wszystkie wymienione powyżej propozycje ćwiczeń podlegają weryfikacji w zależności od stopnia zaburzenia (ocena wg testu). Uzależnione są dodatkowo poziomem funkcjonowania dziecka autystycznego, nie wszystkie bowiem sekwencje ćwiczeń są możliwe do realizacji. W takich przypadkach wskazane jest odstąpienie od części ćwiczeń (Viola, 2001). Ponadto należy pamiętać o tym, aby terapię prowadzić w sposób wyważony, stopniowo wprowadzając część ćwiczeń i nie wykonywać wszystkich podczas jednej sesji terapeutycznej, ponieważ można bardzo szybko zniechęcić dziecko do współpracy. Osiągniemy tym samym wynik przeciwny do zamierzonego.

Moim zamiarem było przybliżenie metody Integracji Sensorycznej jako sposobu diagnozy i terapii, która pomaga w wyodrębnieniu określonych prawdopodobnych przyczyn zaburzonego zachowania dzieci autystycznych. Chcę podkreślić jednak, że podobnie jak wypadku innych metod, nie jest to metoda dla wszystkich dzieci autystycznych, a także nie jest to jedyna metoda, która skutecznie oddziałuje na poprawę

funkcjonowania tych dzieci. Jest jedną z wielu propozycji. Można ją stosować w izolacji, ale także jako komplementarną do innych.

Bibliografia

Kruk-Lasocka J. (1999), *Autyzm czy nie autyzm*, Wydawnictwo Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji, Wrocław.

Maas V. F. (1998), *Uczenie się przez zmysły – wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej*, WSiP Warszawa

Viola S. G. (1999), *A New Approach – A Psychophysiological Approach to the Treatment of Attention Disorder by Topaz*, Inc. St. Louis, Missouri.

Viola S. G. (2001), niepublikowane materiały z warsztatów integracji sensoryczno-motorycznej, wrzesień 2000 Instytut Pedagogiki Specjalnej Dolnośląska Szkoła Wyższa Edukacji TWP.

---

1 Autorka jest adiunktem w Dolnośląskiej Szkole Wyższej Edukacji we Wrocławiu w Instytucie Pedagogiki Specjalnej. Jest znaną badaczką funkcjonowania rodzin osób niepełnosprawnych (wypalanie sił matek) oraz problem integracji sensorycznej.

Ewelina Jutrzyna[1]

Dziecko autystyczne w kręgu muzyki

„Własne życie wydaje się często dziecku niepojęte,
dlatego tym bardziej potrzebuje ono sposobności,
by móc lepiej zrozumieć siebie w złożonym
świecie, z którym będzie musiało się uporać.
Dlatego trzeba mu pomóc w pewnym uporządkowaniu
chaotycznych emocji. Potrzebuje ono wskazówek,
jak wprowadzić ład do swego wewnętrznego domostwa,
aby następnie móc nadać ład swemu życiu”.

Bruno Bettelheim

Wprowadzenie

Historia naukowych zainteresowań problemami autyzmu liczy wiele dziesięcioleci, jednak do dziś w tej dziedzinie mamy więcej znaków zapytania niż rozstrzygniętych kwestii. Jako zespół rozległych zaburzeń rozwojowych, autyzm już prawie od 60 lat wzbudza wielkie zainteresowanie wśród wielu naukowców, terapeutów, nauczycieli.

Biorąc pod uwagę zróżnicowany obraz autyzmu, szerokie spektrum jego objawów, trzeba rozumieć i uwzględniać w całości indywidualny i niepowtarzalny charakter każdej jednostki autystycznej.

Jednak niezależnie od tego, z jakiego punktu widzenia jest rozpatrywany autyzm – wciąż wyłaniają się nowe problemy, które inspirują do poszukiwania skutecznych i efektywnych metod.

Różnorodne koncepcje powołują do życia odpowiednie propozycje terapeutyczne. Jednak prawie każda z istniejących koncepcji wskazuje na szczególną wrażliwość danej kategorii dzieci na muzykę. Z czym to jest związane? Czym jest muzyka, co stanowi jej istotę, w jaki sposób powstaje? Odpowiedź na te i inne pytania wiążące się z procesem tworzenia dzieła muzycznego pozwoli wyznaczyć kluczowe aspekty i uwarunkowania terapii muzycznej.

Fenomen muzyki a wrażliwość muzyczna dziecka autystycznego

Istnieje wiele podejść w definiowaniu muzyki np. z dziedziny filozofii (Ingarden,- 1958), psycholingwistyki (Lerdahl, Jackendoff, 1983; Sloboda, 1985), psychologii muzyki (Serafine, 1983 a i b; Tiepłow, 1952), pedagogiki muzycznej (Gordon, 1989). Definicja słownikowa podkreśla, że muzyka jest rodzajem sztuki o szczególnie aktywnym i bezpośrednim oddziaływaniu na świat wewnętrzny człowieka. „Sztuka piękna przebiegająca w czasie, której materiałem są dźwięki i inne odgłosy (np. szmery) wydobywane przez głos ludzki i różnego rodzaju instrumenty muzyczne i posiadające określoną głośność, czas trwania oraz sposób wykonania, następujące po sobie pojedynczo lub we współbrzmieniach w myśli pewnej prawidłowości melodyki, harmonii i kontrapunktu, ujęte w prawidłowość metrorytmiczną i określoną całość formalną, zgodnie z wymaganiami estetyki" (Habela, 1980, s. 122).

Dzieło muzyczne jest umiejętnym połączeniem pewnych relacji między dźwiękami, konfiguracji dźwiękowych, skal, struktur czasowych, wysokościowych, melodycznych i innych i wymaga uaktywnienia u słuchacza wcześniejszej wiedzy i doświadczeń nie tylko słuchowych. Jest to dość złożone tworzywo o ogromnym potencjale emocjonalnym i intelektualnym wymagające od słuchacza aktywizacji jego wszystkich doznań. „Prawdziwe muzykalne słyszenie utworów skomplikowanych staje się niekiedy wytężoną pracą" (Szuman, 1969, s. 364).

Przyciągająca siła muzyki tkwi więc już w samym fenomenie muzyki jako zjawisku akustycznym, komunikacyjnym, kognitywnym, emocjonalnym itd. Muzyka jest źródłem różnorodnych doświadczeń, które oddziaływają na umysł, ciało i uczucia człowieka. Będąc naturalnym środkiem wzmacniającym

uczucia o działaniu natychmiastowym oraz dzięki swojej wieloaspektowości, giętkości, muzyka dociera do każdego, bez względu na jego poziom inteligencji lub wykształcenie, bo niemal każdy człowiek odpowiada pozytywnie na co najmniej jeden rodzaj muzyki.

Poza tym każdy utwór muzyczny, oprócz zawartej w nim treści emocjonalnej jest dziełem niezwykle dokładnie uporządkowanym według pewnych reguł kompozycji muzycznej. Każdy dźwięk, każdy wyraz melodyczny, każdy akord, sekwencja lub modulacja, niosąc konkretną informację o zachodzącym na przestrzeni utworu wydarzeniu, zajmuje w nim precyzyjnie wyznaczone i przemyślane miejsce. Być może właśnie to „królestwo porządku", gdzie każdy dźwięk, każdy wyraz muzyczny i zdanie ma swoje miejsce, tak fascynuje i przyciąga uwagę dziecka autystycznego. Podobne założenia można znaleźć w pracach wielu muzykoterapeutów pracujących z dziećmi autystycznymi (Nelson, Anderson, Gonzales, 1984; Baron-Cohen, Bolton, 1993; Gałkowski, 1995; Pisula, 2001; Jutrzyna, 2003).

Możliwości muzycznego obrazowania, wyrażania, ilustrowania, konstytuując znaczenie referencyjno-desygnacyjne[2], są często głównym czynnikiem przyciągającym słuchaczy do muzyki. Muzyczny język jest uniwersalny. Dźwięki w różnych swoich kombinacjach pozwalają dziecku autystycznemu nie tylko na przekazanie swoich uczuć, stanów wewnętrznych, pragnień, lecz jednocześnie dają mu wiele satysfakcji z wykonywanych manipulacji dźwiękowych, ponieważ dźwięk dość często jest przedmiotem wykorzystywanym w stereotypiach sensorycznych.

Poza tym jednym z podstawowych składników muzyki jest rytm jako główny element porządkujący cały układ dźwiękowy. Wielu naukowców i osoby pracujące z dziećmi autystycznymi wskazują na szczególne zainteresowanie tych dzieci rytmem, który stereotypowo, dyskretnie organizuje każde odczucie. Jak zaznaczają K. Lebiedińska i O. Nikolska (1991), taki popęd ujawnia się w wykorzystaniu rytmu muzyki jako podstawy

stereotypowego huśtania się, kręcenia się, wiercenia się, potrząsania przedmiotami itp.

U dwuletniego dziecka autystycznego można zaobserwować szczególną wrażliwość na rytm wiersza, jak i na rytmiczną organizację przestrzeni (np. budowanie z klocków jednostajnych rzędów, monotematycznych elementarnych ornamentów z krążków i pałeczek itd.). Niepohamowane dążenie do rytmu wyjaśnia przyczyny uwielbienia przez dzieci autystyczne huśtawki. Wielką satysfakcję sprawia im rytmiczny ruch, proprioceptywne odczucie wzlatania i lądowania, rytmiczne zmiany zachodzące w polu wzroku oraz rytmicznie dozowany kontakt z osobą dorosłą, która znajduje się obok huśtawki.

U większości dzieci z autyzmem bądź cechami autystycznymi można zaobserwować pewne zdolności muzyczne. Tak na przykład Simon Baron-Cohen i Patrick Bolton (1993, s. 63) piszą, że „dzieci z autyzmem przeważnie bardzo lubią słuchać muzyki, a niektóre potrafią śpiewać całe urywki bardzo dokładnie". U wielu dzieci autystycznych można również zaobserwować szczególne zdolności muzyczne. Potrafią zagrać na instrumencie muzycznym, na którym nigdy wcześniej nie grały i nie były uczone grać. Dzieci te często prezentują umiejętność dokładnego odtwarzania złożonych melodii na danym instrumencie po jedno-, dwukrotnym wysłuchaniu zaproponowanej melodii. Wyróżniają się także bardzo dokładnym lub absolutnym słuchem muzycznym. Jednak jak odnotowują Simon Baron-Cohen i Patrick Bolton (1993), talent lub nadzwyczajne uzdolnienia muzyczne u dzieci autystycznych występują bardzo rzadko (u mniej niż 5% całej populacji).

I jeszcze jedna uwaga dotycząca fenomenu muzyki, wyjaśniająca niezwykłą wagę terapii muzycznej w pracy z dzieckiem dotkniętym autyzmem. Chodzi o to, że muzyka i mowa mają ze sobą wiele wspólnego. Porównując muzykę i mowę, można zauważyć ich wspólną „przyrodę dźwiękową": i muzyka, i mowa są akustycznymi środkami porozumiewania się. Od wieków głos ludzki uważano za jeden z najstarszych, najnaturalniejszych, najbliższych człowiekowi instrumentów muzycznych (Tenner, 1931; Lasocki, 1999). Wystarczy przypomnieć na przykład poglądy

Teofrasta, który twierdził, że idealnym mówcą może być tylko muzyk (por. Uchyła-Zroski, 1999). Rzeczywiście, trzon muzyczny mowy (prozodia) jest jednym z najstarszych filogenetycznych jej korzeni. Semantyczna funkcja mowy posługuje się kolejnością słów w zdaniu, jak również melodią, rytmem, akcentem logicznym, pauzami, które są składnikami muzycznej strony mowy.

Z drugiej strony żywa mowa zwykle może wyrażać niezmiernie więcej, niż oznacza. Autentyczne konkretne znaczenie ujawnia się nie tylko w znaczeniu słów. W większym stopniu ujawnia się ono za pomocą emocjonalnych i ekspresywnych środków, takich jak: intonacja, modulacja głosu, rytmiczno-melodyjny komponent, pauzy itd. A zatem mowa „posługuje się" tymi samymi środkami obrazowo-emocjonalnymi co muzyka.

Tkanka muzyczna składa się z wielu elementów, wspólnie tworzących język muzyczny. Powstał on dzięki potrzebie ludzi do porozumiewania, komunikowania się. Potrzeba komunikacyjna znajduje się u podstaw relacji kompozytor – słuchacz, bez niej nie byłoby żadnej możliwości przekazania w sposób dźwiękowy pewnej treści, myśli, doznań, aspektów emocjonalnych i estetycznych. Jest to potrzeba wrodzona, tkwiąca w każdym człowieku. Jedna potrzeba to jednak za mało. Trzeba mieć jeszcze co przekazać oraz narzędzie przekazu. Takim narzędziem, zasobem komunikacji pomiędzy twórcą muzyki (kompozytorem) a jej słuchaczem są dźwięki i określone struktury muzyczne, które w środowiskach muzycznych są nazywane środkami wyrazu. Język muzyczny jak każdy inny język ma swoją „gramatykę" będącą „czynnikiem porządkującym, bez którego nie może się obyć także muzyka" (Wierszyłowski, 1981, s. 238).

Muzykoterapia a autyzm

W większości szkół, do których uczęszczają dzieci dotknięte autyzmem, z powodzeniem stosuje się terapię poprzez muzykę. Muzyka na zajęciach terapeutycznych jest wykorzystywana na wiele sposobów, np. jako zachęta do komunikowania się, ponieważ dla niektórych dzieci śpiewanie jest łatwiejsze do rozumienia niż mowa. Znakomitym tego przykładem może być opracowana przez Dawna Wimpory'ego i Phila Christie – terapeutów z Nottingham – „Terapia Komunikacji Wspomagana Muzyką". Muzyka może być wykorzystana ponadto jako środek sprzyjający wypracowaniu umiejętności społecznych, przezwyciężaniu lęku czy nieprawidłowości integracji sensorycznej. Prowadzone w szkołach specjalnych zajęcia muzykoterapeutyczne i obcowanie z muzyką podczas innych zajęć na wiele dzieci z autyzmem mają działanie uspokajające. Oprócz tego, wykorzystanie muzyki w terapii autyzmu pozwala na „wyławianie" przeciętnych, a czasem nawet nadzwyczajnych talentów muzycznych.

W trakcie terapii muzycznej u dzieci austycznych ujawnia się tak zwane dobre ucho w zakresie melodii i rytmu. Poza tym, jak zaznaczają Simon Baron-Cohen i Patrick Bolton (1993, s. 78), „doskonały słuch muzyczny – umiejętność zaśpiewania dokładnie w tej tonacji, w jakiej zaczyna się melodia, bez żadnego zewnętrznego sygnału, wydaje się obecna u wielu dzieci z autyzmem i z pewnością być bardziej powszechna w tej grupie niż w innych grupach klinicznych".

Omawiając możliwości wykorzystania muzyki w terapii dziecka autystycznego, warto wziąć pod uwagę kilka ogólnych dyrektyw sformułowanych na podstawie przeprowadzonej analizy literatury przedmiotu i własnych doświadczeń. Działalność muzyczna, do podjęcia której zachęcam dziecko autystyczne, zawiera w sobie

ogromny potencjał terapeutyczny i odgrywa znamienną rolę w terapii.

Udział w działalności muzycznej jest delikatną drogą pozwalającą jednostce dotkniętej autyzmem doświadczać zewnętrznej strony wykorzystywanych przez nią bodźców muzycznych, ich oddziaływania na inne osoby, podczas gdy sami unikają bezpośrednich kontaktów interpersonalnych. Muzyka może być na przykład środkiem potęgującym, wspierającym pragnienie dziecka do łamania izolacji i nawiązania kontaktu, może angażować osoby autystyczne do poznania otaczającego świata i gromadzenia zewnętrznych doświadczeń (Baker, 1982; Thaut, 1984).

Prowadzona z dzieckiem autystycznym terapia środkami muzyki w znacznym stopniu przyczynia się do rozwoju mowy dziecka autystycznego, likwidacji lub redukcji występujących w tym zakresie zaburzeń. Wykorzystywanie wspólnych cech pomiędzy muzyką i mową, sposobów percepcji pozwala na osiągnięcie pozytywnych wyników w rozumieniu przez dziecko znaczenia zarówno odrębnych słów, jak i mowy w całości. Poza tym można na przykład w znacznym stopniu zmniejszyć występowanie charakterystycznych dla tych dzieci echolalii. Świadczą o tym przeprowadzone specjalne badania, w wyniku których już po trzydziestu sesjach udało się w różnych modyfikowanych sytuacjach zmniejszyć obecność echolalii w mowie dziecka autystycznego z 95 do 10% (Bruscia, 1982).

Muzyka może również być wykorzystana jako środek ułatwiający dziecku autystycznemu zdobycie doświadczeń sensorycznych i dotykowych (Alvin, 1975). Sam proces tworzenia dźwięku za pomocą instrumentu muzycznego daje dziecku wiele doświadczeń kinestetycznych, dotykowych oraz słuchowych. W trakcie wydobywania dźwięku istnieje możliwość odczucia nie tylko różnej siły uderzenia palcem o klawisz, szarpnięcia struny, uderzenia pałeczką o sztabki cymbałków lub w bęben, ale i porównania tego działania z jakością „wyprodukowanego” dźwięku. Dziecko może korygować formy swojej aktywności, np. poprzez siłę uderzenia lub wydmuchiwanego powietrza z

pożądaną siłą wydobywanego dźwięku. Jest to niezmiernie ważne w pracy z dzieckiem nadwrażliwym sensorycznie i kinestetycznie (Berger, 2001).

Wykorzystując muzykę w terapii autyzmu, trzeba jednak pamiętać, że ze względu na występujące różnice w granicach populacji osób autystycznych nie istnieje żaden uniwersalny program ani technika, ani reguła. Podczas gdy jedno dziecko może pozytywnie zareagować na stosowane techniki muzykoterapeutyczne lub wykorzystywane utwory muzyczne, u innego mogą one wywołać reakcje negatywne, a czasami wręcz niebezpieczne. Łamiąc w trakcie terapii pewne utworzone w psychice autystycznego dziecka stereotypy (na przykład ruchowe lub werbalne), bodźce muzyczne wywołują pewne emocjonalne natężenie lub zmuszają do wysiłku fizycznego. Niedbale dobrany repertuar muzyczny lub niejasność celu wykorzystania mogą wywołać przeciążenie i bez tego kruchej psychiki dziecka. Na przykład J. Alvin (1975), omawiając problem przeciwwskazań w muzykoterapii autyzmu, podkreśla, że muzyka sama w sobie może stać się dla osoby obsesją mogącą wywołać lub wzmocnić proces cofnięcia się i samoizolacji. Poza tym czasami muzyka (dość często najbardziej ulubiona) może oddziaływać na osobę autystyczną hipnotyzująco, wprowadzając ją w letarg, czyniąc ją wyobcowaną, niewrażliwą w stosunku do otoczenia. Dlatego nadzwyczajnie ważne w muzykoterapii autyzmu jest przestrzeganie następujących zasad:

- **indywidualizacji**, co oznacza opracowanie programu terapeutycznego dla każdej poszczególnej jednostki, koniecznie uwzględniającego zarówno diagnozę, jak i różnice indywidualne;
- **kontroli i strukturyzacji** całego procesu terapii muzyką. W tym celu terapeuta powinien być wtajemniczony we wszystkie szczegóły diagnozy każdego dziecka i na tej podstawie winien wyszczególnić przebieg każdej konkretnej części terapii. Poza tym powinien on być gotów na szybkie reagowanie i wprowadzenie do procesu terapii niezbędnych

natychmiastowych zmian. Oprócz tego konieczna jest umiejętność pewnego prognozowania możliwych niepożądanych sytuacji;

- **uzgodnienia** programu muzykoterapeutycznego z innymi programami terapeutycznymi, ponieważ do każdego dziecka autystycznego podejście musi być indywidualne. Nawet gdy jest możliwość połączenia tych dzieci w niewielką grupę, będą widoczne ich różnice indywidualne na poziomie zdolności wysepkowych, preferencji, różnic kulturowych itd. Każde dziecko będzie prezentować swój własny poziom intelektualnej i emocjonalnej tolerancji bodźców muzycznych. I właśnie z tego względu od muzykoterapeuty jest wymagana nie tylko obszerna wiedza z zakresu zarówno autyzmu, jak muzyki (mam na myśli przede wszystkim umiejętność dobrej analizy muzycznej utworu oraz improwizacji), ale i pewna zdolność wyczucia tych indywidualności u dziecka, intuicja pedagogiczna. Pozwoli to dopasować terapię muzyczną do innych programów nie tylko pod względem wspólnych wymogów, ale i tak, aby była naturalnym składnikiem całościowego systemu wspierającego rozwój dziecka autystycznego.

Wykorzystanie muzyki w rozwoju mowy

Muzykoterapia jest szczególnie efektywna w rozwoju i usprawnianiu mowy dziecka autystycznego. U dzieci dotkniętych autyzmem możemy zaobserwować różne poziomy rozwoju mowy – od kompletnej niemoty do chrząkania, płaczu z krzykiem, wybuchowych wrzasków, gardłowych dźwięków, echolalii natychmiastowych lub odroczonych, niepoprawnego używania zaimków, mowy monotonicznej oraz mowy dość dobrze ukształtowanej. Ponadto charakterystyczne dla pewnej części dzieci jest niewyraźne, melodycznie fałszywe paplanie, w które wplątane są słowa niemożliwe do rozpoznania lub pozornie obco brzmiący żargon. Od strony prozodycznej w mowie dzieci autystycznych możemy zaobserwować wokalizacje składające się z kilku dość harmonijnie ułożonych kombinacji samogłosek. Ogromny deficyt komunikacji, jaki obserwujemy u tych dzieci, może być w pewnym stopniu kompensowany przez użycie języka muzyki.

Wykorzystując niezwykłą wrażliwość dzieci autystycznych na muzykę oraz wspólne cechy mowy i języka muzycznego, można znacząco poprawić ich mowę. Jednak warto zauważyć, że wrażliwość na muzykę ma też swoje bardzo specyficzne zabarwienie. Na przykład u niektórych dzieci notujemy szczególną wrażliwość na określone tonacje, style muzyczne, instrumenty lub barwę głosu ludzkiego. Niektóre autystyczne dzieci mają doskonałe wyczucie tonacji i absolutny słuch muzyczny. Notowane są również przypadki, że dziecko potrafi wyśpiewywać wielkie sekwencje od określonego na ksylofonie dźwięku. Dlatego muzykoterapeuta może wykorzystać tę wrażliwość, na przykład włączając w działalność muzyczną odrębne ćwiczenia językowe, „oprawiać w melodię” konkretne słowa lub całe zdania.

Dzieci autystyczne czasami śpiewają, gdy nie potrafią mówić. Taką ucieczkę dziecka od mówienia można efektywnie wykorzystać, starannie dobierając, troskliwie strukturyzując i systematycznie wprowadzając ćwiczenia językowe do działalności muzycznej. W takiej sytuacji terapeuta może na przykład wyłonić z muzycznego „repertuaru" dziecka 2–3-nutowe motywy, które najczęściej ono powtarza, grając na instrumencie muzycznym. Zazwyczaj u dzieci autystycznych takich motywów muzycznych jest kilka, ale może się zdarzyć, że dziecko powtarza tylko jeden motyw.

Następnie do każdego z nich dobieramy najbardziej odpowiednie dźwiękowo słowo. Kolejnym krokiem jest układanie ich w całość (na początku bez dobranych słów) i gra na instrumencie. Początkowo prezentujemy dziecku tę całość – zdanie muzyczne, a potem próbujemy zagrać je wspólnie z nim. Gdy dziecko potrafi już zagrać dane zdanie muzyczne, dodajemy tekst słowny, który został wcześniej przedstawiony w postaci pojedynczych, nieułożonych w logiczną całość słów. Na początek wybieramy z „repertuaru" dziecka lub proponujemy sami bardzo proste wyrazy muzyczne i staramy się sprowokować dziecko do naśladowania naszej gry. Potem zaczynamy modelować z tych wyrazów bardziej złożone konstrukcje.

Następnym krokiem może być wykorzystanie bardzo prostych zarówno od strony tekstu, jak i melodii piosenek dziecięcych. Najlepiej starać się dobierać piosenki, w których jest dużo powtarzających się wyrazów lub zdań. Mogą to być piosenki, których zwrotki różnią się tylko jednym wyrazem, na przykład „Stary Mc Donald miał farmę".

Pracując w ten sposób z dzieckiem autystycznym, trzeba pamiętać, że nawet występujące u niego bezsensowne powtórzenie odrębnych głosek można wykorzystać na różne sposoby i pomóc dziecku w przyswojeniu mowy. Można spróbować je połączyć i wykorzystać jako jedno z ćwiczeń muzyczno-wokalnych w trakcie gimnastyki logopedycznej. Można również później to ćwiczenie uzupełnić graficznym zapisem używanych głosek. Krótko mówiąc, niezbędna jest tu pedagogiczna intuicja

muzykoterapeuty oparta na wiedzy i diagnozie każdego poszczególnego dziecka oraz doskonałym zrozumieniu i wyczuciu.

Bardzo dobrze w pracy z dzieckiem autystycznym sprawdza się metoda umuzykalniania dzieci Edwina E. Gordona (1997). Na początku niezbędne jest krótkie przedstawienie istoty tej metody i jej autora. E. E. Gordon jest w skali światowej jednym z najwybitniejszych liderów wychowania muzycznego. Jest znany jako ba-dacz, nauczyciel, autor licznych publikacji w dziedzinie edukacji muzycznej dzieci, redaktor i wykładowca. Profesor E. E. Gordon jako pierwszy na świecie stworzył sekwencyjny[3] program kształcenia muzycznego oparty na badaniach naukowych.

Uczenie się muzyki porównuje on do uczenia się języka. Autor podkreśla, że języka ojczystego uczymy się przez osłuchanie i kontakt z nim od urodzenia. W rozwoju mowy wyróżnia dwa najważniejsze etapy. Pierwszy z nich to etap gaworzenia (mowa subiektywna). Jako drugi wymienia etap mowy dojrzałej (mowa obiektywna). W rozwoju muzycznym jest analogicznie: nabycie przez dziecko umiejętności rozumienia i posługiwania się obiektywnym językiem muzycznym poprzedza subiektywny język muzyczny – tak zwane gaworzenie muzyczne. Właśnie nabywanie tych umiejętności odbywa się, podobnie jak w mowie, drogą przyswojenia słownika[4] i syntaksy, która jest właściwa również i muzyce. Poza tym sam mechanizm uczenia się muzyki jest zarazem procesem budowania struktur myślowych w systemie poznawczych reprezentacji podmiotu. Powstają one w trakcie przetwarzania docierających do dziecka bodźców dźwiękowych. Później, po nabraniu sensu muzycznego, zostaną włączone do systemu poznawczego jednostki. W ten sposób rozszerza się słownictwo muzyczne dzięki poznawaniu coraz to nowych motywów muzycznych w odpowiednim, hierarchicznym systemie wiedzy muzycznej, ponieważ uczenie się muzyki rozumiane jest jako proces zdobywania, przechowywania i wykorzystywania wiedzy, która z kolei jest wynikiem poznawczej aktywności jednostki. Na podobieństwo pomiędzy mową a muzyką oraz na

możliwości wykorzystania tego podobieństwa wskazywali Z. Kodály (1945) i J. A. Sloboda (1985).

Istotę edukacji dziecka autystycznego, a raczej wprowadzania go w otaczający świat oraz rozwój jego mowy poprzez audiację muzyczną, stanowi stymulacja rozwoju każdego dziecka, torująca drogę do ujawnienia się możliwości i zdolności dziecka. W trakcie zachodzącego procesu rozwijania tych potencjalnych zdolności muzykoterapeuta aranżuje sytuacje zadaniowe, w których przyjmuje rolę przyjaciela, partnera pomagającego dziecku, współdziałającego z nim. Wskutek tego terapeuta doprowadza dziecko do prawidłowego wykonania zaproponowanego zadania. Podstawową techniką takiego współdziałania jest dialog w postaci wymiany informacji (innymi słowy: myśli muzycznych). Dzięki niemu dziecko gromadzi i rozszerza swój słownik słuchowy (przede wszystkim tonalny i rytmiczny) na zasadzie łączenia tego, co nowe, z tym, co już znane. Oprócz tego w tym momencie u dziecka stopniowo kształtuje się umiejętność operowania nabytymi umiejętnościami, to znaczy, że dziecko uczy się przenoszenia poznanych sposobów rozwiązywania problemów muzycznych na zadania nowe, w tym werbalne.

Dana metoda jest elastyczna. Poznawanie dziecka przez muzykoterapeutę przebiega w dwóch wymiarach: normatywnym oraz idiograficznym. Ma to zasadnicze znaczenie zarówno przy planowaniu, jak i ocenie podejmowanych działań stymulacyjnych. Przeprowadzenie terapii muzycznej dziecka autystycznego z wykorzystaniem podstawowych zasad teorii rozwoju muzycznego E. E. Gordona pozwala terapeucie decydować o tym, kiedy można przyspieszyć, zdynamizować przebieg rozwoju i terapii dziecka autystycznego, a w jakich wypadkach niezbędne jest doskonalenie niektórych sprawności, aby dziecko mogło zaktualizować swoje potencjalne predyspozycje i zdolności.

Jak praktycznie wykorzystać tę metodę w pracy z dzieckiem autystycznym? Na początku rozpatrzmy schemat włączania dziecka do działalności muzycznej. Jako wzorzec wykorzystujemy pracę z dzieckiem na poziomie audiacji wstępnej[5]. W audiacji

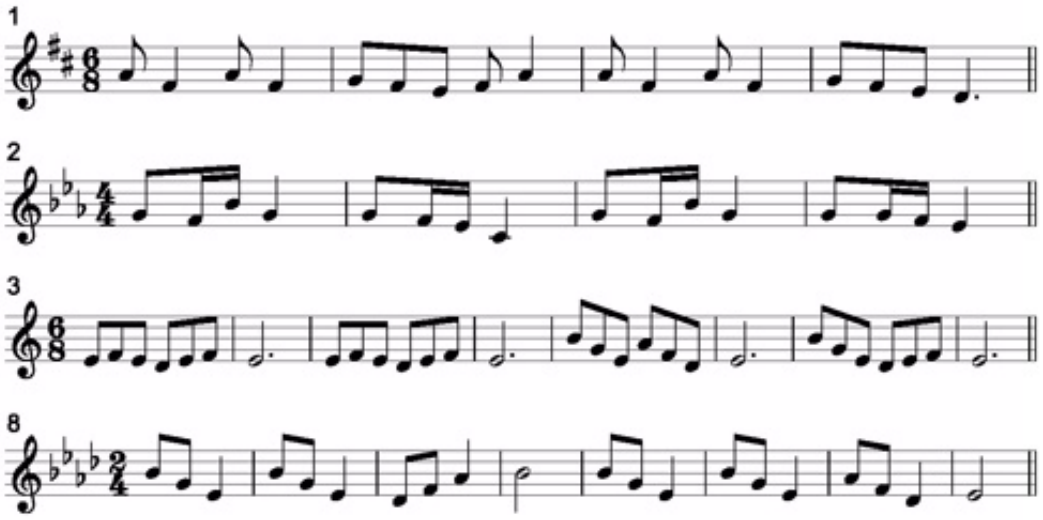
wstępnej wyróżnia się trzy kolejne typy: akulturację, imitację i asymilację, z których każdy dzieli się na różne stadia.

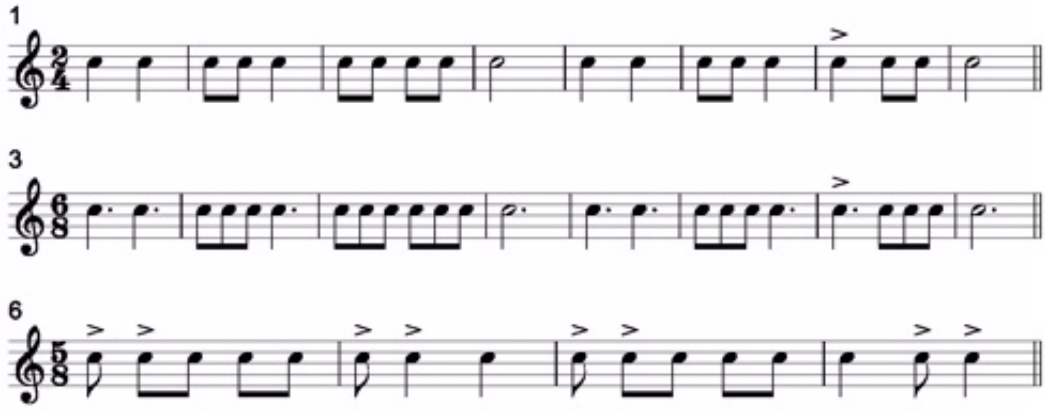
Akulturację muzyczną dziecko osiąga w ten sam sposób co językową – przez słuchanie i samodzielne przetwarzanie. Słuchanie i stopniowe rozumienie sposobów zastosowania tego środka wyrazu stworzą podstawę dla „muzycznej paplaniny", a następnie zasobów słownikowych. Gordon (1997, s. 37) podkreśla: „im bardziej różnorodna jest muzyka, której słucha, to znaczy im bogatsze jest środowisko muzyczne dziecka oraz im więcej jest nieformalnego muzycznego kierowania (ustrukturowanego i nieustrukturowanego), tym więcej skorzysta ono z akulturacji. Prawdopodobnie najwięcej korzyści wyciągnie takie dziecko, które ma w swoim otoczeniu dorosłego śpiewającego dla niego i z nim piosenki i rytmiczanki". Rozpoczynając pracę z dzieckiem autystycznym, warto pamiętać o tym, że rzadko potrafi ono skupić swoją uwagę na utworze muzycznym, skoncentrować się. Można odnieść wrażenie, że w ogóle nie zwraca ono uwagi na muzykę, ale jednak pomimo wszystko muzyka już zaczęła swoje oddziaływanie – dziecko podlega wpływom tego, co słyszało. W tym wypadku powinniśmy starać się podtrzymać nie uwagę dziecka autystycznego, ale jego intencje, jego aktywność, chęć słuchania, która będzie sygnalizowana przez nie na różne sposoby (np. brakiem w tym momencie zachowań destruktywnych, takich jak krzyk, autoagresja itp.). Z kolei wykorzystując ustrukturowane i nieustrukturowane kierowanie w muzyce, pomagamy mu przygotować się do wejścia na kolejne etapy – imitacji i asymilacji. Dlatego akulturacja jest etapem najważniejszym.

Na tym etapie lepiej unikać nagrań z dziecięcymi piosenkami, szczególnie piosenek opowiadających jakąś historyjkę. Najbardziej korzystne będzie słuchanie muzyki czysto instrumentalnej, ponieważ gdy dziecko autystyczne ma problemy z komunikacją werbalną, tekst będzie dla niego bez znaczenia, poza tym wykorzystanie tekstu na tym etapie będzie przeszkadzać w przygotowaniu do procesu imitacji. Powinny to być utwory bez słów. Do ich wykonania używamy od jednej do trzech sylab, które

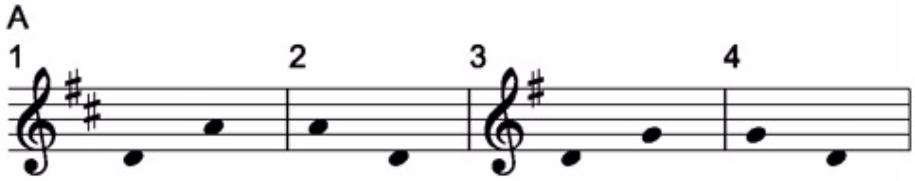
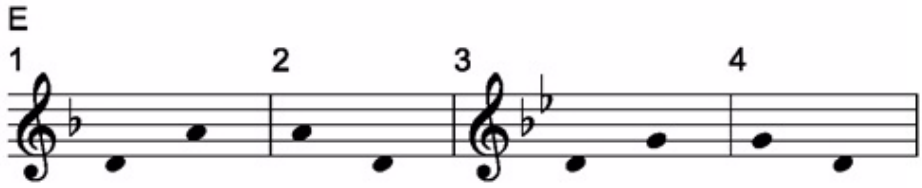
po jakimś czasie możemy zamienić na inne. Sylaby możemy połączyć z ich zapisem graficznym. W ten sposób stopniowo wdrażamy dziecko autystyczne do poznawania języka ojczystego. Później będziemy te sylaby używać do tworzenia różnych odmian sylabowych i wyrazów. Piosenki powinny być wykonywane w skalach durowych, molowych, miksolidyjskich i doryjskich, w trójdzielnym i dwudzielnym metrum, a także w metrum złożonym. Warto też zwrócić uwagę na jakość dźwięku, który powinien być przyjemny. Z repertuaru Gordonowskiego można jako wzór zaproponować następujące piosenki:

Piosenki bez słów

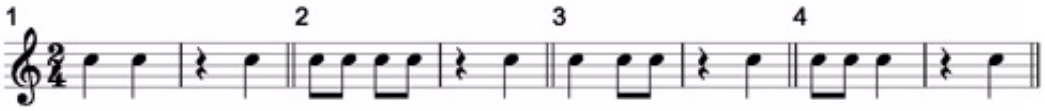
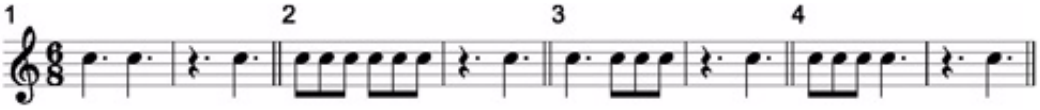
(wokalizacja lub śpiewanie sylab)

Rytmiczanki

(bez słów lub z wymawianiem sylab)

Kolejnym typem audiacji wstępnej jest **imitacja (naśladowanie)**, obejmująca dwa stadia. Bardzo ważne na tym etapie jest podkreślanie faktu, że to dziecko, a nie ktoś inny recytuje, imituje. Nie wolno na tym etapie zmuszać dziecka do naśladowania ani też zbytnio zachęcać. Może to doprowadzić je do jeszcze mocniejszego zamknięcia się w sobie lub ucieczki od naśladowania jako od czegoś bardzo skomplikowanego, trudnego, wręcz niemożliwego do wykonania. Poza tym taka sytuacja u dziecka autystycznego może również wywołać lęk, doprowadzić do stanu frustracji. Najważniejsze w tym momencie jest dać dziecku możliwość samodzielnie, z własnej woli zacząć naśladować terapeutę bez względu na to, czy robi to poprawnie, czy nie.

Na początku prezentujemy dziecku tylko dwudźwiękowe motywy toniczne (opadające i wznoszące się kwinty i kwarty czyste).

Skala durowa

Skala molowa

Później proponujemy dziecku trzy- i czterodźwiękowe motywy, które powinny być długości czterech domyślnych makrobitów[6], a nie dwóch, jak to było poprzednio. Tempo motywów rytmicznych powinno być umiarkowane – nie za szybkie i nie za wolne. Pracując indywidualnie z dzieckiem, trzeba dostosować tempo wykonywania motywów rytmicznych (śpiewna recytacja) do tempa dziecka. Poza tym bardzo ważne w pracy z dzieckiem autystycznym jest dostrzeganie następującej zasady: każdy motyw ma swoje tempo, ale każda jego następna recytacja powinna być wykonana w tempie pierwotnym. Recytacje motywów warto rozpoczynać od powtórzenia znanych już dziecku rytmiczanek. Gdy dziecko już dobrze naśladuje, została rozwinięta jego zdolność do naśladowania, to włączamy je w aktywność polegającą na tworzeniu własnych motywów.

Przykłady motywów rytmicznych

Metrum proste dwudzielne

Metrum proste trójdzielne

I jeszcze jedna istotna uwaga. Dziecko powinno obserwować, jak rytmicznie porusza się terapeuta w trakcie recytowania lub śpiewu motywów i próbować poruszać się tak samo, naśladować go. Pod żadnym pozorem nie można „pomagać” dziecku,

poruszając jego kończynami. Najlepsze dla dziecka autystycznego jest poruszanie się razem z terapeutą stojącym z tyłu i podtrzymującym je za klatkę piersiową lub trzymającym za ręce (jeśli dziecko pozwoli na dotyk). Można również, szczególnie na początku, wykonywać ruchy w tym samym czasie, ale osobno.

Zdjęcie 1. Sposób podtrzymywania i wykonywanie ruchu zsynchronizowanego z autystyczną Tracey (London, Woodbrookschool).

Modelowanie ruchów dotyczy takich jego parametrów (za: E. E. Gordonem), jak czas (szybko lub wolno), przestrzeń (małe, średnie lub większe obszary), ciężar (lekkie poruszanie się lub ciężkie), przepływ (ukierunkowanie ruchu na cel lub ruch błądzący). Podstawowymi elementami są czas i przestrzeń. Ruch trzeba zaprogramować tak, żeby zostały w nim połączone co najmniej dwa parametry. Jednak nie można łączyć tylko ciężaru i przepływu bez włączenia czasu lub przestrzeni. W trakcie wykonywania ruchu używamy znanych już dziecku słów określających kierunek, wykorzystywanych w grze, zabawie lub opisujących je. Jeżeli dziecko samo wyrazi chęć recytowania motywu w trakcie poruszania, to pozwalamy mu na to, ale specjalne nie zachęcamy. Wszystko odbywa się na zasadzie dobrowolności.

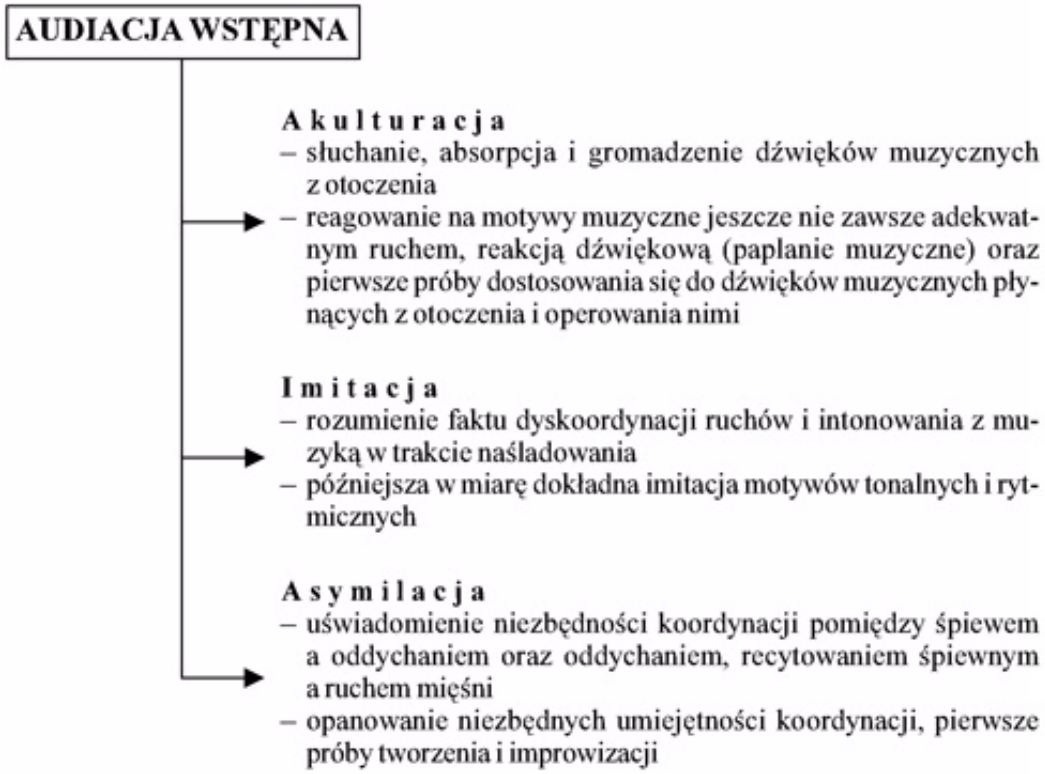
Terapeuta wykorzystuje na tym etapie również gry i zabawy mające na celu przyswojenie przez dziecko ciągłych i płynnych ruchów (drzewo i powiew wiatru; rysowanie w powietrzu kółek rękoma, nogą, całym ciałem itd.). W tym momencie nie tylko uczymy dziecko ruchu, ale i wprowadzamy w otaczający świat, aktualizując jego wiedzę o nim. I jeszcze kilka słów o oddychaniu w trakcie wykonywania ruchów. Nie ma tu żadnych powodów do obaw, ponieważ właściwe oddychanie będzie naturalnym rezultatem płynącym z wykonywanego ruchu.

Muzykoterapeuta w trakcie zajęć powinien pamiętać także o tym, że nauczając dziecko prawidłowego poruszania się, usprawnia jego całą motorykę wielką i małą (do której należy aparat artykulacyjny), jak również kontroluje stan dziecka, ponieważ ten rodzaj ruchów odzwierciedla jego stan wewnętrzny.

Asymilacja jest ostatnim typem audiacji wstępnej, wieńczącym wszystkie poprzednie osiągnięcia dziecka i bezpośrednio wprowadzającym je do audiacji właściwej. Na tym etapie dziecko już słucha i wykonuje wiele piosenek i motywów tonalnych. W miarę dobrze posługuje się językiem muzycznym. Jednak stopniowo zaczyna dostrzegać dyskoordynację pomiędzy sobą a innymi (terapeutą, innymi dziećmi). Dostrzega przy tym

brak koordynacji z samym sobą. Chodzi tu o koordynację pomiędzy śpiewaniem motywów tonalnych lub recytowaniem a ruchami ciała i oddychaniem. Dziecko zaczyna samo uczyć się tej koordynacji, bazując na wcześniej zdobytych doświadczeniach. Zaczyna ono także uświadamiać sobie anakruzy, kruzy i metakruzy[7] w trakcie wykonywania motywów tonalnych i rytmicznych w znanych już skalach, tempach, metrum oraz tonacjach. Staramy się przygotować dziecko do korzystania z ruchu całego ciała, intuicyjnego użycia tego ciężaru w ciągłym ruchu oraz do użycia języka zgodnie z ukierunkowanym przepływem. Mając już pewne doświadczenia, dziecko pod koniec etapu asymilacji w sposób naturalny uczy się audiować (rozumieć i myśleć) podczas słuchania, wykonywania, tworzenia muzyki (często wspólnie ze słowem) oraz improwizowania. W ten sposób dziecko znakomicie przyswaja język muzyczny ze wszystkimi regułami syntaktyki muzycznej.

Schemat 1. Włączenie dziecka autystycznego do terapii mowy na podstawie wykorzystania metody E. E. Gordona


AUDIACJA WSTĘPNA
Akulturacja
– słuchanie, absorpcja i gromadzenie dźwięków muzycznych z otoczenia
– reagowanie na motywy muzyczne jeszcze nie zawsze adekwatnym ruchem, reakcją dźwiękową (paplanie muzyczne) oraz pierwsze próby dostosowania się do dźwięków muzycznych płynących z otoczenia i operowania nimi
Imitacja
– rozumienie faktu dyskoordynacji ruchów i intonowania z muzyką w trakcie naśladowania
– późniejsza w miarę dokładna imitacja motywów tonalnych i rytmicznych
Asymilacja
– uświadomienie niezbędności koordynacji pomiędzy śpiewem a oddychaniem oraz oddychaniem, recytowaniem śpiewnym a ruchem mięśni
– opanowanie niezbędnych umiejętności koordynacji, pierwsze próby tworzenia i improwizacji

Źródło: Gordon, 1997, s. 41.

Oprócz tego wykorzystanie różnych form ruchu całego ciała pozytywnie przyczynia się do terapii zaburzeń sensorycznych (zmysłowych) u dzieci autystycznych.

Wykorzystane muzyki w kształtowaniu u dziecka autystycznego umiejętności nawiązywania kontaktów

Jak zaznacza L. Wing (1997), specyfika funkcjonowania społecznego osób autystycznych oraz problemy z tym związane są tak złożone i trudne, że nadal trwa poszukiwanie przez specjalistów skutecznych sposobów terapii. Wielce pomocne może się okazać w tym wypadku szerokie wykorzystanie muzyki. W tak krótkim artykule nie sposób opisać wszystkich możliwych oddziaływań muzycznych wykorzystywanych w terapii zaburzeń kontaktów społecznych u dzieci dotkniętych autyzmem. Jako przykład przytoczę tylko niewielką próbę[8]. Dotyczyła ona możliwości wykorzystania oddziaływań muzykoterapeutycznych na rozwój psychospołeczny dzieci z cechami autystycznymi i upośledzeniem umysłowym. Jednym z zadań było utworzenie czteroosobowego dziecięcego zespołu muzycznego. W zajęciach uczestniczyło czterech chłopców w wieku 8–12 lat z orzeczeniem – autyzm wszesnodziecięcy sprzężony z upośledzeniem intelektualnym w stopniu lekkim. Wśród osób uczestniczących w zajęciach wyróżniało się jedno dziecko o ponadprzeciętnych zdolnościach muzycznych.

Postępowanie obejmowało dwa etapy:

1. wykorzystanie technik receptywnych i aktywnych na zajęciach indywidualnych. Każde zajęcie składało się z sześciu „rutynowych" części. Te części na początku były powtarzane w ustalonej kolejności, bez zamiany miejsc i bez wprowadzania elementów nieco odmiennych, a później takie zmiany zostały wprowadzone;
2. stopniowe łączenie dzieci w zespół, przy wykorzystaniu różnych technik. W trakcie oddziaływań terapeutycznych

wykorzystano trzy strategie Hillman Boxill: Zwierciadło Muzyczne, Identyfikacja oraz Piosenka Wzajemnego Kontaktu (Our Contac Song) (za: Galińska, 1991).

Wykorzystywano różne **formy zajęć i zabaw**. Wiadomo, że pewne umiejętności można nabyć w sposób praktyczno-naśladowczy. Struktura tego sposobu nie jest zbyt skomplikowana: dziecko widzi pewien wzór (np. praca osoby dorosłej, wykonującej czynność oraz wyniki tej pracy), a potem wykonuje te czynności samodzielnie lub pod opieką terapeuty.

Proces przyswajania wiedzy, nawyków i umiejętności składa się z następujących komponentów: **percepcja**, **pojmowanie**, **rozmyślanie**, **zachowanie w pamięci** (**utrwalenie**), **uogólnienie** i **systematyzacja**.

Na zajęciach związanych z opanowaniem nowych nawyków i umiejętności wykorzystywaliśmy szereg specjalistycznych ćwiczeń: przygotowawcze, wstępne, próbne, treningowe, twórcze.

Propedeutyczne (przygotowawcze) ćwiczenia, jak wskazuje już sama ich nazwa, przygotowują dzieci do działalności. Tu odbywa się proces aktualizacji podstawowych już nabytych przez uczniów umiejętności drogą ćwiczeń, do których włączono różne elementy sposobów wykonywania nowych czynności. Dzięki tym ćwiczeniom udawało się stworzyć sytuację sprzyjającą stymulacji motywacji do działalności.

Ćwiczenia próbne – są to pierwsze zadania na wykorzystanie nabytych nowych umiejętności. Głównie połączenie słowa, muzyki i działania w jeden akt zastosowania umiejętności. Ćwiczenia dzielą się na ćwiczenia zapobiegawcze (na początku muzykoterapeuta pokazuje i tłumaczy, w jaki sposób trzeba wykonywać to lub inne zadanie); ćwiczenia z komentarzem (tłumaczenie połączone z jednoczesnym wykonywaniem czynu); ćwiczenia z następnym wytłumaczeniem sposobu wykonywania zaproponowanych czynności. Celem **ćwiczeń treningowych** jest utrwalenie nabytych umiejętności (ewentualnie wiedzy) w warunkach standardowych (stałych). Ćwiczenia te wyróżnia wysoki stopień samodzielności. Na podstawie stopnia

samodzielności zawartego w tym lub innym ćwiczeniu można je podzielić na: ćwiczenia wykonywane na wzór, ze wskazówką, samodzielne wykonanie pewnego zadania.

W **ćwiczeniach twórczych** odtwarzaliśmy sytuacje, które mogą powstać w życiu każdego człowieka. Cel dydaktyczny ćwiczeń polegał na formowaniu u dziecka umiejętności skutecznej orientacji w zadaniu, zaproponowanej sytuacji, prawidłowego rozwiązania problemów.

Strukturę procesu przyswojenia nawyków, umiejętności oraz wzajemny związek pomiędzy nimi można przedstawić za pomocą następującego schematu:

Schemat 2. Struktura procesu przyswojenia nawyków, umiejętności i wiedzy

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonej terapii powstał czteroosobowy zespół muzyczny, którego członkowie potrafili nie tylko wspólnie zagrać melodie wyuczone na instrumentach perkusyjnych, ale i zatańczyć w parze, we czwórkę. Oprócz tego zajęcia sprawiły, że dzieci wyciszyły się, udało się zredukować stany lękowe, znacznie zmniejszyć autoagresję, znormalizować w znacznym stopniu stan emocjonalny.

Muzyka a inne oddziaływania terapeutyczne

Pozytywne wyniki można otrzymać poprzez połączenie różnorodnych oddziaływań terapeutycznych w całość. Szczególnie korzystne jest połączenie zajęć logopedycznych z muzyką. Logopeda, podobnie jak muzykoterapeuta, pracuje nad rozwojem mowy dziecka, jego ekspresją, prozodią itd. W warunkach zajęć połączonych wykorzystujemy muzykę jako zewnętrzny stymulator dziecka. Mogą to być różne ćwiczenia logopedyczne dopasowane do muzyki, wykorzystywanie muzycznego sygnału informującego dziecko o prawidłowej odpowiedzi lub zachęcającego je do wykonywania kolejnego zadania. Muzykę można wykorzystać jako sygnał-podpowiedź. Warianty takiej współpracy różnią się w zależności od ustalonego celu.

Można również połączyć muzykę z zajęciami wychowania fizycznego, gdzie będzie ona pełnić rolę stymulatora i bodźca. Połączenie muzyki z zabawą lub ulubioną baśnią stwarza możliwości wykorzystania dramatyzacji muzycznej oraz wprowadzenia do nauczania lub zabawy elementów estetycznych. Dramatyzacja muzyczna otwiera drzwi nie tylko do pracy nad słowem, gestem, pantomimiką dziecka, ekspresją, sprzyja rozwojowi ukrytych możliwości twórczych, lecz również w nienatarczywy sposób wprowadza do umysłu dziecka „owiniętą” w muzyczną szatę nową wiedzę lub sprzyja utrwaleniu już poznanych treści, pomaga zespolić dzieci, dostarcza im wiele radości i przyjemności.

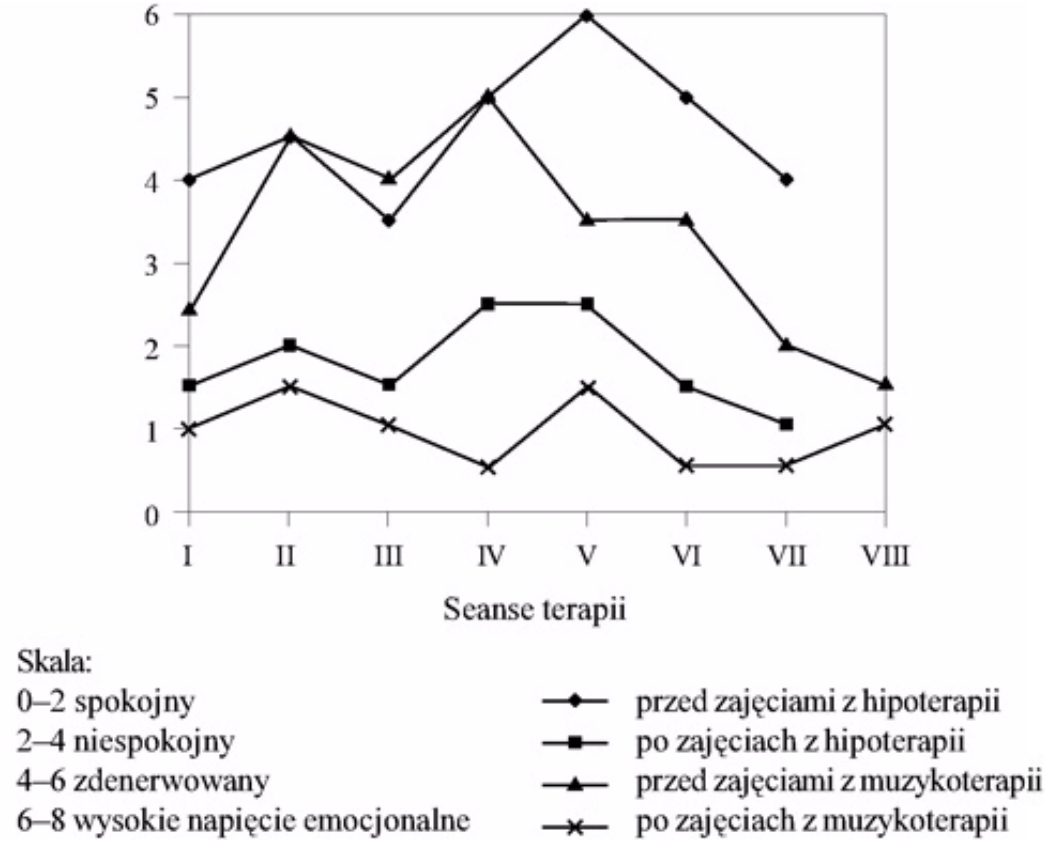
Podstawą dość szerokiego wykorzystania muzyki w pracy z dzieckiem autystycznym jest to, że jej układ rytmiczny, działa pozytywnie na zachowanie dziecka, pobudza je do aktywnej działalności lub obniża napięcie nerwowe i poziom lęku. Zastosowanie przez muzykoterapeutę spokojnej pieśni-

dramatyzacji czy recytacji w powolnym tempie ze stałym rysunkiem rytmicznym w momentach nadzwyczajnie wysokiego wysiłku nerwowego lub napięcia pozwala szybko i skutecznie wyciszyć dziecko autystyczne, uspokoić je.

Jako jeden z wielu przykładów skutecznego wykorzystania muzykoterapii chcę zaprezentować częściowo wyniki badania, które przeprowadziłam wspólnie z jedną z moich magistrantek Izabelą Wąsik. Badanie zostało przeprowadzone z dziećmi autystycznymi w Country Club „Revita" w Warszawie. Dotyczyło ono wykorzystania pewnych elementów muzykoterapii (wpływu struktur rytmicznych) w połączeniu z hipoterapią. W danym przypadku muzyka występowała nie tylko jako środek relaksujący i uspokajający przed i po zajęciach hipoterapeutycznych, ale również jako środek stymulujący, pobudzający do działania, utrwalający w pamięci pozytywne emocje, które dziecko przeżywało w trakcie jazdy konnej i obcowania ze zwierzęciem.

Do każdej części zajęć dobrano odpowiednią muzykę, która była ściśle dopasowana nie tylko do konkretnych ćwiczeń, a również uwzględniała preferencje dziecka, które w tym kierunku zostało poprzednio zbadane. Szczególną uwagę w doborze muzyki do środkowej części zajęć (jazda i ćwiczenia na koniu) zwracano na strukturę rytmiczną utworu, tak by najlepiej odtwarzała tempo i rytm poruszania się konia. W ramach danego opracowania nie sposób opisać wszystkich wyników uzyskanych w tracie przeprowadzonego badania, dlatego zaprezentuję tylko jako niewielką egzemplifikację niektóre z nich (regulacja napięcia emocjonalnego) potwierdzające skuteczność wykorzystanej metody.

Wykres 1. Stan napięcia emocjonalnego na początku i na końcu zajęć z hipoterapii oraz na początku i na końcu zajęć z elementami muzykoterapii. Badany: Łukasz

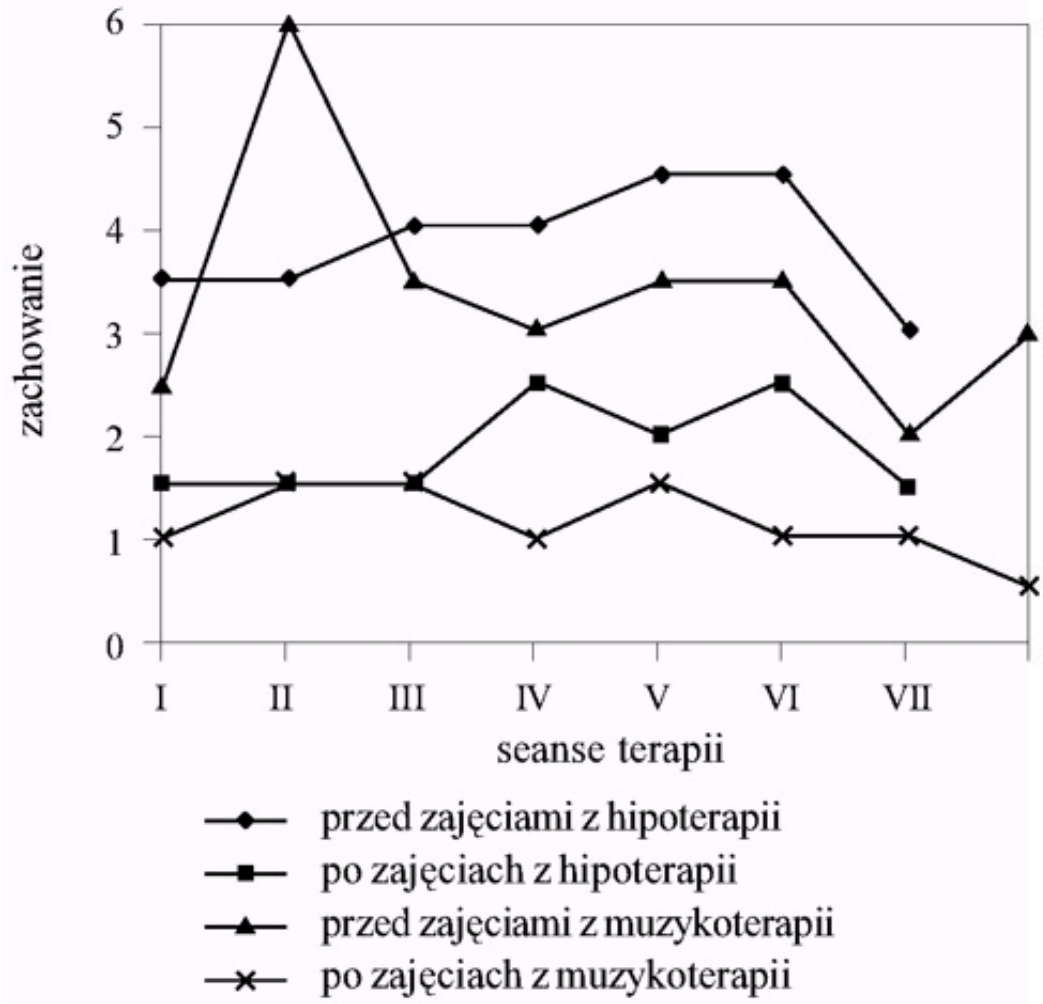


Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z wykresu, wsparcie zajęć hipoterapeutycznych elementami muzykoterapii doprowadza do zmniejszenia napięcia emocjonalnego przed i po zajęciach, które nie przekracza poziomu określonego jako „spokojny” (za wyjątkiem nieznacznego wzmożenia na sesji IV i V – przed zajęciami). Również w przypadku Łukasza na zajęciach wspieranych muzyką ogólny stan emocjonalny był bardziej stabilny.

Pozytywny wpływ muzyki podczas zajęć z hipoterapii na stan napięcia emocjonalnego u dzieci autystycznych zaprezentowano na następnym wykresie (wyniki średnie całej grupy badanych).

Wykres 2. Stan napięcia emocjonalnego przed i po zajęciach z hipoterapii z elementami muzykoterapii (średnia wyników)



Źródło: opracowanie własne.

Dane z wykresu wskazują na skuteczność wykorzystania wsparcia muzycznego przed, w trakcie i po zajęciach. Terapeuci i rodzice zaobserwowali u dzieci nie tylko wzrost pozytywnego nastawienia do zajęć, ale i to, że w przerwie (kilkudniowej) pomiędzy zajęciami ze wsparciem muzycznym pozytywnej zmianie uległo zachowanie dzieci w środowisku domowym. Były one spokojniejsze, a w trudnych sytuacjach muzyka, towarzysząca na zajęciach hipoterapeutycznych, pomagała -rozładować napięcie emocjonalne w domu (włączenie muzyki w momentach niepokoju, niewielkiego podenerwowania występującego u dziecka).

W literaturze muzykoterapeutycznej Amerykańskiego Towarzystwa Muzykoterapeutów oraz w pozycjach naukowych innych profesjonalistów (Berger, 2001) poświęconych pracy z dziećmi autystycznymi można spotkać wiele przykładów skutecznego używania instrumentów perkusyjnych jako środka pozwalającego rozładować występujące u dzieci napięcie emocjonalne, lęki.

Oprócz tego chcę zaznaczyć, że dziecięce dążenie do czynnego działania może być efektywnie wykorzystane w celu nawiązania współdziałania z fizycznym otoczeniem, które dzieci znajdują dookoła siebie. Otoczenie odgrywa ważną rolę w ra-mach tak zwanej „wolności" działania, którą pragniemy im dać. Składa się na nie zezwolenie na wolność zachowywania się w pewien sposób oraz organizowanie ramach działalności, ale także poczucie bezpieczeństwa, wolność od lęku albo obsesji,- które tworzą u dzieci autystycznych emocjonalne, intelektualne i społeczne blokady.

Pracując z dziećmi o tak złożonej i skomplikowanej niepełnosprawności, jaką jest autyzm, zgodnie z własnym wieloletnim doświadczeniem muzykoterapeutycznym, używam muzyki jako swoistej integracyjnej potęgi łączącej w jednym działaniu umysłowy, emocjonalny, fizyczny oraz społeczny czynnik, działający na dziecko bezpośrednio na poziomie jego własnej intelektualnej i emocjonalnej tolerancji. W mojej pracy używam różnych technik muzykoterapeutycznych.

Receptywne techniki. Te techniki łączą dwa słuchowe procesy – słyszenie i słuchanie. Funkcjonują one często na podświadomym poziomie i oddziaływają na dziecko nawet wtedy, gdy ono tego nie spostrzega. Słyszenie jest doświadczeniem słuchowym, które może mieć znaczenie już przy niskim poziomie czucia i może skutecznie przyczynić się do powstania pozytywnych zmian albo przełomu w percepcji informacji słuchowej docierającej do dziecka z otaczającego go świata.

Pozytywne reakcje dziecka autystycznego na słyszenie albo słuchanie (jako działalność intelektualną) muzyki często nie są do przewidzenia ze względu na jego nietypowe, destruktywne

zachowanie. Niemniej możemy obserwować oznaki przyjemności albo niezadowolenia wyrażane przez dziecko, wyrazy jego absorpcji i zatrzymywanie „dla siebie" zdobytych doświadczeń, jego życzenia: „wznawiać lub unikać".

Aktywne techniki. Komunikacja werbalna wymaga rozumienia, kodowania i dekodowania konkretnych symboli danej mowy. Nie jest tak z muzyką, która jest rozumiana jako uniwersalny środek komunikacji międzyludzkiej opartej, przeważnie, na indywidualnych doświadczeniach, chociaż wcale nie wyklucza się kulturalnego uwarunkowania. Niemniej wspólna płaszczyzna między mową a melodią jest szeroko wykorzystywana w muzykoterapii. Dźwięk muzyczny albo głos wydany przez dziecko autystyczne może sygnalizować jego odpowiedź lub chęć do nawiązania kontaktu.

Używając tych technik, staramy się stwarzać pozytywne połączenie pomiędzy dzieckiem a jego otoczeniem, pobudzać je i doprowadzać do wystąpienia u niego zdrowych zmian. Dość skutecznie możemy używać prostych, ustrukturyzowanych rodzajów działalności muzycznej, które były postrzegane jako pozytywne doświadczenia i doznania dziecka. Ta działalność może być ukierunkowana na przykład na pobudzenie kilku procesów poznawczych za pomocą łączenia różnych rodzajów muzyki oraz czynności muzycznych, które dziecko może przeplatać, używając do tego różnych przedmiotów, instrumentów, wydając dźwięki, poprzez ruchy lub nawet używając słów. Dziecko może mieć również możliwość wyboru działalności albo technik, dzięki którym może zaspokajać swoje potrzeby i pragnienia. Trzeba zawsze pamiętać, że słyszenie dźwięków prowadzi do tworzenia, generowania dźwięków. W ten sposób włączamy dziecko w posługiwanie się aktywnymi technikami, które projektuje ono samo, bez nacisku terapeuty.

Na podstawie wieloletniej praktyki oraz przeprowadzonych badań naukowych wypracowałam następujący model muzykoterapii dzieci autystycznych:

Model muzykoterapii dzieci autystycznych

Doświadczenia muzyczne dzieci autystycznych są wielorakie i tak złożone, że trudnym zadaniem jest właściwy dobór technik korygujących ich rozwój w kierunku dążenia do otrzymania świadomej przyjemności w trakcie obcowania z muzyką.

Muzykoterapia opiera się na wyczerpującym wykorzystaniu wszystkiego, z czego sama się składa, wszystkich elementów uczestniczących w akcie muzykoterapeutycznym. Terapeutyczne wykorzystanie muzyki ma przed sobą cel głęboko humanistyczny, mianowicie ma pomóc stworzyć za pomocą muzyki drogi ludzkiej komunikacji dziecku, które jest niezdolne samodzielnie kształtować stosunki interpersonalne przez normalne kanały miłości i rozumu. Muzykoterapia często występuje w postaci swoistego bypass'a wspomagającego usuwanie emocjonalnych lub intelektualnych przeszkód stojących pomiędzy dzieckiem a jego otoczeniem oraz pozwalającego na powstanie zdrowych zmian w zachowaniu w jego porozumiewaniu się ze sobą i z ludźmi wokół.

Podsumowując, można stwierdzić, że różnorodne metody wykorzystane w muzykoterapii w znacznym stopniu przyczyniają się do wyjścia dziecka autystycznego spod „klosza jego choroby" i włączenia go do działalności w otwartym środowisku. A to napawa nas optymizmem.

Bibliografia

Alvin J. (1975), *Music Therapy for the Autistic Child*, Oxford University Press, London.
Alvin J., Warwick A. (1991), *Music Therapy for the Autistic Child*, Second Edition, Oxford – New York.

Baker B. (1982), *The Use of Music with Autistic Children*, „Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services", 20 (4), 31–34.
Baron-Cohen S., Bolton P. (1993), *Autism: The Facts*, Oxford University Press.
Berger D. S. (2001), *Music Therapy, Sensory Integration and the Autistic Child*, Jessica Kindsley Publishers, London and Philadelphia.
Bettelheim B. (1996), *Cudowne i pożyteczne: o znaczeniach i wartościach baśni*, tłum. D. Danek, Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & Co, Warszawa.
Bruscia K. E. (1982), *Music in the Assessment of Echolalia*, „Journal Music Therapy", 2 (1), 25–41.

Galińska E. (1991), *Muzykoterapia*, Biuletyn Grupy Roboczej „Muzykoterapia", Warszawa.
Gałkowski T. (1995), *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym*, WSiP, Warszawa.
Gordon E. E. (1997), *A Music Learning Theory for Newborn and Young Children*, G.I.A. Publication, Inc., Chicago.
Gordon E. E. (1989), *Learning Sequences in Music, Skill, Content and Patterns*, G.I.A. Publications, Inc. Chicago.

Habela J. (1980), *Słowniczek muzyczny*, PWM, Warszawa.

Ingarden R. (1958), *Utwór muzyczny i sprawa jego tożsamości* [w:] idem, *Studia z estetyki*, t. II, PWN, Warszawa.

Jordan-Szymańska A. (1990), *Percepcja muzyka* [w:] *Wybrane zagadnienia psychologii muzyki*, M. Manturzewska, H. Kotarska, WSiP, Warszawa.
Jutrzyna E. (2003), *Music Helps Autistic Children* [w:] *Annuntiatus*, „Journal of International Association of Special Education", Volume XVI, March 2003, Amenia, NY, USA, 3–4.

Kodály Z. (1945), *Magyar zenei neveles* [w:] *Zoltan Kodály i jego pedagogika*

muzyczna, red. M. Jankowska, W. Jankowski, WSiP, Warszawa, 1990.

Lasocki J. K. (1999), *Podstawowe wiadomości z nauki o muzyce*, Polskie Wyd. Muzyczne, Kraków.
Lebiedińska K., Nikolska O. (1991), *Diagnostika ranniego dietskogo autizma*, „Proswieszczienie", Moskwa.
Lerdahl F., Jackendoff R. (1983), *A Generative Theory of Tonal Music*, Mass., M.I.T. Press, Cambridge.

Nelson D., Anderson V., Gonzales A. (1984), *Music Activities as Therapy for Children with Autism and other Pervasive Developmental Disorders*, „Journal of Music Therapy", 21(3), 100–116.

Pisula E. (2001), *Autyzm u dzieci – diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, PWN, Warszawa.

Shuter-Dyson R., Gabriel C. (1986), *Psychologia uzdolnienia muzycznego*, tłum. E. Głowacka, K. Miklaszewski, WSiP, Warszawa.
Serafine M. L. (1983a), *Cognition in Music*, „Cognition", 14.
Serafine M. L. (1983b), *Cognitive Processes in Music: Discoveries vs. definitions*, „Bulletin of the Council for Research in Music Education", 73.
Sloboda J. A. (1985), *The Musical Mind. The Cognitive Psychology of Music*, Oxford, Clarendon Press.
Szuman S. (1969), *O sztuce i wychowaniu estetycznym*, wydanie drugie, PZWS, Warszawa.

Tenner J. (1931), *Muzyka tonów i muzyka słowa*, Księgarnia Altenberga, Lwów.
Thaut M. H. (1984), *A Music Therapy Treatment Model for Autistic Children*, „Music Therapy Perspectives", 1(4), 7–13.
Tiepłow B. (1952), *Psychologia zdolności muzycznych*, „Nasza Księgarnia", Warszawa.

Uchyła-Zroski J. (1999), *Sztuka wyrażona mową i śpiewem* [w:] *Muzyka w edukacji i wychowaniu*, H. Danel-Bobrzyk, J. Uchyła-Zroski, UŚ, Katowice.

Wierszyłowski J. (1981), *Psychologia muzyki*, wyd. II, PWN, Warszawa.
Wing L. (1997), *Syndromes of Autism and Atypical Development* [w:] *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, red. D. J. Cohen, A. F. R. Volkmar, John Wiley & Sons, New York, 148–170.

---

1 Autorka jest adiunktem Akademii Pedagogiki Specjalnej, w Zakładzie Wychowania Estetycznego w Warszawie, pod której kierunkiem wypromowano kilkanaście prac magisterskich na temat autyzmu.

Wykładane przedmioty: muzykoterapia, emisja głosu, muzyka i ruch. Absolwentka wyższych studiów muzycznych oraz pedagogiki specjalnej. Odbyła intensywny staż ze specjalności autyzm na Wydziale Stosowanej Psychologii Londyńskiego Instytutu Psychiatrii (London Psychiatric Institute). Była realizatorem brytyjsko-ukraińskiego projektu „School for life" dla dzieci autystycznych. Pracowała jako muzykoterapeuta i metodyk-psycholog w szkole dla dzieci autystycznych w Kijowie – „School for life", w której później był zorganizowany punkt konsultacyjny dla dzieci z autyzmem i ich rodziców. Doświadczenia z pracy z dziećmi autystycznymi wzbogacała w trakcie turnusów rehabilitacyjnych organizowanych przez oddziały KTA, współpracy z Poradnią dla Dzieci ze Sprzężoną Niepełnosprawnością APS im. M. Grzegorzewskiej. Jest członkiem: International Association of Special Education, Polskiego Towarzystwa Edwina E. Gordona, Krajowego Towarzystwa Autyzmu, Polskiego Towarzystwa Pedagogiki Specjalnej i in. Kontakt: e-mail: assol1@wp.pl

2 Omawiając percepcję muzyki na poziomie spostrzegania sensu i znaczenia, inaczej mówiąc, rozumienia muzyki, odnotowujemy istnienie dwóch wzajemnie niewykluczających się koncepcji ujmujących problem znaczenia w muzyce. Są to koncepcje absolutystyczna i referencjalna. Według pierwszej, muzyka ma znaczenie autonomiczne, zgodnie z drugą – desygnacyjne. **Znaczenia desygnacyjne** muzyki odnoszą się do zjawisk zewnętrznych wobec muzyki, zawierających to, „na co muzyka wskazuje poza sobą samą" (Jordan-Szymańska, 1990, s. 115–167). Należą do nich: uczucia, nastroje, zjawiska i zdarzenia pozamuzyczne, które są sygnalizowane przez tytuł, program, motto, tekst słowny. Mogą one również występować w postaci zgodnych intersubiektywnych rozważań słuchaczy (Wierszyłowski, 1979; Shuter-Dyson, Gabriel, 1986).

3 Proces uczenia się muzyki przebiega sekwencyjnie od poziomów niższych do coraz wyższych. Bez względu na poziom uzdolnień muzycznych wszyscy przechodzą ten sam proces uczenia się muzyki. To znaczy, że uczy się każdego typu audiacji poprzez sekwencyjne przechodzenie z poziomów niższych na wyższe. Z kolei pojęcie „audiacji" Gordon w najprostszym ujęciu podaje jako myślenie muzyczne.

4 Według E. E. Gordona, słownik muzyczny składa się ze słownika tonalnego i rytmicznego oraz słownika słuchania i śpiewania. W mowie odpowiada to biernemu i czynnemu zasobowi słów.

5 E. E. Gordon w audiacji wyróżnia siedem typów i sześć stadiów. Typy audiacji zależą od rodzaju działalności muzycznej (słuchanie znanej i nieznanej muzyki, odtwarzanie muzyki, jej komponowanie lub improwizowanie itd.). Stadia audiacji mają charakter hierarchiczny, cykliczny i nakładają się na siebie. Przy bardziej globalnym podziale audiacji wyróżnia wstępną i właściwą audiację.

6 Słysząc muzykę, czujemy jej pulsowanie, uderzenia krótsze i dłuższe. Najdłuższe uderzenia, równej długości, które wyczuwamy, nazywamy mikrobitami (Gordon, 1997, s. 122).

7 Anakruza, kruza, metakruza – anakruza (przedtakt) to początkowe jednostki rytmu, które prowadzą do głównego akcentu; kruzy (uderzenia). Metakruza oznacza to, co następuje po uderzeniu, jest jego skutkiem (Gordon, 1997, s. 121).

8 Badanie było przeprowadzone w Poradni Dzieci ze Sprzężoną Niepełnosprawnością przy APS im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie wspólnie z A. Gorczycą w trakcie przygotowywania pracy magisterskiej pod moim kierunkiem.

Ewa Żurawska-Seta[1]
Roman Seta[2]

Muzykoterapia w pracy z dzieckiem autystycznym

Muzyka, a niemalże równolegle z nią muzykoterapia towarzyszyły człowiekowi od początku istnienia ludzkości. Służyła ona do komunikacji, wyrażania uczuć, towarzyszyła obrzędom religijnym, wykorzystywano ją w celach leczniczych. Losy muzykoterapii na przestrzeni wieków były różne – od zachwytu, poprzez niedowierzanie i sceptyzm, aż do ostrej krytyki. Wiek XX wniósł ogromny wkład dla rozwoju muzykoterapii jako dziedziny naukowej[3].

Od chwili wielkiego zainteresowania problematyką dzieci opóźnionych w rozwoju, które nastąpiło w Stanach Zjednoczonych w latach sześćdziesiątych, opracowano wiele programów terapii ukierunkowanych na zindywidualizowane cele wychowawcze. Wiele z nich wykorzystuje muzykoterapię do realizacji takich celów wychowawczych, jak stymulacja fizyczna, doskonalenie koordynacji motorycznej, dostarczenie doświadczeń społecznych, uczenie prawidłowych sposobów wyrażania uczuć itd. (Klöppel, Vliex, 1995).

Muzykoterapia XXI w. jest gałęzią interdyscyplinarną, ciągle rozwijającą się, na której polu wciąż jeszcze trwają badania, a której wpływ na człowieka, zarówno pod względem psychicznym, jak i fizycznym, dostrzegli już starożytni filozofowie.

Główna cecha wyróżniająca muzykoterapię jako specjalność terapeutyczną wśród zwykłych zajęć wychowania muzycznego

zaznacza się w fakcie prowadzenia muzykoterapii przez wykwalifikowanego terapeutę, który stosuje ją jako świadomie wybraną formę leczenia i realizuje według określonego programu. Muzykoterapeuta „przepisuje" program terapii ze względu na potrzeby i cele pojedynczego pacjenta bądź całej grupy pacjentów. Ze względu na sposób realizacji działań leczniczych można wyróżnić muzykoterapię indywidualną i grupową.

Zajęcia muzykoterapeutyczne mają cel leczniczy zmierzający do korekcji zaburzonych funkcji, stymulacji w warunkach ograniczonego dostępu do bodźców, usunięcia napięć psychofizycznych i dostarczenia korzystnych doświadczeń społecznych. Materiałem, którym posługujemy się w czasie zajęć muzykoterapeutycznych, są gry, zabawy, zagadki i ćwiczenia muzyczne, wybrane fragmenty utworów przeznaczonych do słuchania oraz elementy wzmacniające samą muzykę, np. odpowiednio dobrane teksty literackie, fotografie itd. Dobór tego materiału wiąże się z aktualnym nastrojem, emocjami, potrzebami, wiekiem rozwojowym dzieci i stopniem upośledzenia. Oddziaływania terapeutyczne obejmują cały organizm psychofizyczny, ze szczególnym zwróceniem uwagi na sferę procesów kierunkowych, tj. emocje, dążenia, oczekiwania i marzenia. Efektem końcowym jest więc poprawa samopoczucia, nastroju, usunięcie lęku, odreagowanie napięcia, poprawa relacji z członkami grupy. W relacji muzykoterapeuta – dziecko (pacjent) dominuje stosunek terapeutyczny i wychowawczy, w trakcie którego obie strony są mocno zaangażowane (Kierył, 1995, 1996a; Janiszewski, 1997).

Muzykoterapię można podzielić na receptywną i aktywną. Muzykoterapia receptywna polega na słuchaniu muzyki i przekazywaniu odczuć muzycznych. Muzykoterapia aktywna obejmuje śpiew (śpiewoterapię zwaną też meloterapią) oraz choreoterapię (Natanson, 1979). Muzykoterapia dziecięca znajduje szerokie zastosowanie w neuropsychiatrii, głównie w przypadkach opóźnień w rozwoju, u dzieci z uszkodzeniami mózgu, w autyzmie wczesnodziecięcym, przy zaburzeniach zachowania, w nerwicach, przy upośledzeniach fizycznych. Stosuje się też muzykę w leczeniu

dzieci sparaliżowanych, niewidomych, głuchych i ogólnie w pediatrii dla celów profilaktycznych.

Muzykoterapia dziecięca przybiera najczęściej formę aktywną, co ma swoje uzasadnienie we właściwościach psychofizycznych dziecka. Ekspresja muzyczna poprzez gest, ruch, śpiew jest bardzo bliska dziecku, gdyż stanowi naturalny element jego życiowej aktywności. U dzieci autystycznych nie można zastosować wielu werbalnych technik psychoterapeutycznych, wykorzystuje się więc inne metody. Psychiczny świat dziecka autystycznego jest jeszcze niedostatecznie rozwinięty lub patologicznie zmieniony i dlatego oddziaływania pozawerbalne mają większe zastosowanie niż próby terapii przy użyciu słów. Stąd tak wielkie znaczenie ma muzykoterapia stosowana w autyzmie wczesnodziecięcym (Klöppel, Vliex, 1995).

Za pomocą prostych muzycznych improwizacji próbuje się uzyskać zaufanie dziecka autystycznego i nawiązać z nim kontakt, co ma doprowadzić do prób naśladowania terapeuty, choćby w najprostszych czynnościach. Stosując odpowiednie ćwiczenia ruchowe z podkładem muzycznym, stymuluje się świadomość własnego ciała, a następnie przez kształtowanie wrażeń kinestetycznych koryguje się elementy koordynacji wzrokowo-ruchowo-słuchowej.

W czasie ćwiczeń rytmicznych dzieci mogą się posługiwać różnymi pomocami, tj. piłkami, obręczami, szarfami itp. Do rozwoju koordynacji małych grup mięśniowych służą instrumenty perkusyjne, które jednocześnie budzą zainteresowanie dźwiękiem, dostarczają wrażeń dotykowych, wzrokowych, ćwiczą orientację w przestrzeni. Wstępne ćwiczenia polegają na identyfikacji szmerów, porównaniu długości dźwięku, szeregowaniu przedmiotu parami według słuchu, ustalanie kierunku, z którego dźwięk pochodzi, ruch w kierunku dźwięku.

W przypadkach autyzmu poprzez muzykoterapię próbuje się znaleźć kanał komunikacyjny pomiędzy terapeutą a dzieckiem. Ogromne znaczenie ma tutaj podejście indywidualne, znalezienie odpowiedniej melodii, właściwej formy muzycznej.

Zajęcia muzykoterapii i profilaktyki muzycznej mogą przybierać różne formy. Jedną z nich jest schemat Mobilnej Rekreacji Muzycznej, stworzony przez doktora Macieja Kieryła – lekarza anastezjologa, muzykoterapeutę, obecnie pracownika Szpitala Pomnika Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Mobilna Rekreacja Muzyczna składa się z pięciu etapów:

1. O – Odreagowanie – początek procesu redukcji wzmożonego napięcia psychofizycznego, który kończy się po zakończeniu zajęć.
2. Z – Zrytmizowanie – integracja poprzez skoordynowany rytm, muzykowanie perkusyjne i ruch.
3. U – Uwrażliwienie – muzyczne, plastyczne, poetyckie itp.
4. R – Relaksacja – nauka różnych form odpoczynku.
5. A – Aktywizacja – muzyczna, ruchowa" (Kierył, 1996b, s. 75), oraz uzupełnienie rehabilitacji, korekta wad, ujawnienie zdolności twórczych, informacja zwrotna od uczestników.

Mobilność tego układu to szybka możliwość zmian charakteru i rodzaju ćwiczeń w zależności od reagowania i sprawności grupy oraz celów działań. Cechą charakterystyczną jest tu łatwość wykonywanych ćwiczeń odpowiednio dobranych do grupy wiekowej i możliwości, sprawności dzieci (Kierył, 1995, 1996b).

W zajęciach Mobilnej Rekreacji Muzycznej dostosowanej do dzieci z autyzmem może uczestniczyć ograniczona liczba dzieci (od 1 do 5) ze względu na obserwowanie dzieci podczas zajęć i dostosowanie rytmu i tempa pracy. Grupa powinna być jednorodna (podobny temperament dziecka, uwrażliwienie na rytm i melodię, możliwości psychomotoryczne, wiek rozwojowy). Towarzyszenie osób bliskich daje pewne poczucie bezpieczeństwa dla dziecka autystycznego. Osoba pracująca z dzieckiem musi być odpowiednio motywowana przez rodzinę, terapeutów, musi być akceptowana w środowisku.

Sala, w której prowadzone są zajęcia muzykoterapeutyczne, powinna być dotleniona, czysta, z odpowiednią ilością miejsca do ćwiczeń, z pomocami terapeutycznymi, instrumentami muzycznymi.

Poniżej zaprezentowano przykładowe ćwiczenia, które można zastosować w poszczególnych etapach Mobilnej Rekreacji Muzycznej w terapii dziecka autystycznego[4].

Pierwszym działaniem przed rozpoczęciem poszczególnych zajęć jest nawiązanie kontaktu z dzieckiem i opiekunem. Rozmowa na temat samopoczucia dziecka oraz opiekuna. Rozmowa wstępna ma na celu motywowanie ćwiczących do pracy, wprowadzając ich w dobry nastrój.

Powitanie

Zajęcia rozpoczynają się od indywidualnego lub grupowego powitania. Terapeuta uważnie śledzi wykonywane ruchy dziecka i opiekuna, które odzwierciedlają samopoczucie dziecka i jego aktualną kondycję psychofizyczną.

Ćwiczenie 1

Cel:

nawiązanie kontaktu wzrokowego.

Zadanie:

zwrócenie uwagi grupy na osobę siedzącą w kole. Diagnoza stanu i samopoczucia dziecka – obserwujemy jakość klaśnięć, siłę, rytmiczność oraz kontakt wzrokowy przy jednoczesnym kontrolowaniu prawidłowej postawy.

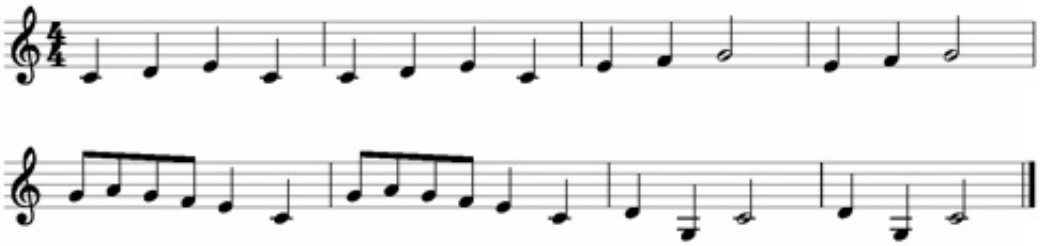
Procedura 1:

Pozycja do wyboru (stojąca, siad skrzyżny). Rytmiczne wyklaskiwanie śpiewanej piosenki opartej na popularnej melodii „Panie Janie” ze zmienionym tekstem. Każdą zwrotkę śpiewamy, witając jedną osobę w grupie. Gdy dziecko nie potrafi klaskać, opiekun wspomaga je ruchami biernymi w rytm muzyki.

Procedura 2:

Śpiewanie z zastosowaniem gestykulacji. Pierwsze 4 takty – klaskanie w dłonie, 5 takt – wyciągnięcie rąk do przodu z gestem otwartych dłoni (dłonie skierowane w kierunku osoby, której imię zawarte jest w piosence), 6 takt – ręce skrzyżowane na piersiach, 5 i 6 takt – klaskanie w dłonie (fot. 1).

Materiał muzyczny:

melodia popularna

Tekst piosenki: „Witaj (imię dziecka), witaj (imię dziecka). Jak się masz? Jak się masz? Wszyscy Cię witamy. Wszyscy Cię kochamy. Bądź wśród nas. Bądź wśród nas”.

Fotografia 1. Powitanie

Źródło: fotografia własna.

Ćwiczenie 2

Cel:
nawiązanie kontaktu dziecka z grupą.
Zadanie:

zaśpiewanie powitania przez dziecko lub przez opiekuna siedzącego za nim, z użyciem fonogestykulacji.

Procedura:

Pokazywanie fonogestykulacją wysokości dźwięków śpiewanego powitania na dźwiękach: sol, mi, sol, mi, sol, la, sol, do tekstu „Jestem (imię dziecka). Witam Was”.

Materiał muzyczny:

Fotografia 2. Pokazywanie fonogestykulacją wysokości śpiewanych dźwięków

Źródło: fotografia własna.

Odreagowanie

Celem tego etapu jest zniesienie napięcia psychofizycznego. Towarzyszący dziecku autystycznemu codzienny stres powinien być rozładowany poprzez rozluźnienie mięśni i zniesienie napięcia emocjonalnego.

Ćwiczenie 3

Cel:

wywołanie stanu odprężenia.

Zadanie:

wykonanie oddechu terapeutycznego.

Procedura:

W postawie siedzącej lub stojącej uniesienie przed sobą do góry wyprostowanych rąk przy jednoczesnym nabieraniu powietrza nosem, następnie opuszczanie rąk bokiem przy jednoczesnym wypuszczaniu powietrza ustami. Wydech powinien być dłuższy od wdechu. Podczas ćwiczenia należy zwracać uwagę na wyprostowane plecy. Czynność powtarzamy 2–3 razy.

Ćwiczenie 4

Cel:

wywołanie stanu odprężenia.

Zadanie:

odpowiedź „hurra” na hasło „hip, hip”.

Procedura:

Prowadzący podaje hasło „hip, hip”, na które uczestnicy odpowiadają okrzykiem „hurra”, z jednoczesnym wyrzuceniem rąk do góry. Ćwiczenie można powtórzyć.

Ćwiczenie 5

Cel:

wywołanie stanu odprężenia.

Zadanie:

podskok w parach lub w kole z trzymaniem się za ręce, z pozycji kucznej do pozycji wyprostowanej, z wyciągniętymi rękami do góry.

Procedura:

Trzymając się za ręce, należy zrobić przysiad, utrzymując równowagę – wymawiając zdanie „trzy, dwa, jeden, start!”. Na słowo „Start!” wyskok z uniesieniem rąk do góry.

Ćwiczenie 6

Cel:

wywołanie stanu odprężenia.

Zadanie:

klaskanie w dłonie ze stopniowym przyspieszaniem.

Procedura:

Przy słowach piosenki pt.: „Jedzie pociąg z daleka” wyklaskiwanie rytmu, jednostajne przyspieszanie do granic możliwości. Ćwiczenie można wykonywać w pozycjach: leżącej, siedzącej, stojącej.

Zrytmizowanie

Etap, w którym należy zharmonizować, skoordynować ruchy uczestników, dopasowując je do słyszanego rytmu piosenki, utworu instrumentalnego (instrumenty melodyczne, jak również perkusyjne), odtwarzanego z wszelkiego rodzaju dostępnego sprzętu audio. Może to być usłyszany w danej chwili utwór z radia, telewizji. U dzieci, które nie zwracają uwagi na otaczające dźwięki, można zastosować improwizację fortepianową, perkusyjną na temat wykonywanych przez dziecko ruchów, doprowadzając do zwrócenia uwagi dziecka na instrument.

Ten etap ma szczególne znaczenie dla dzieci autystycznych ze względu na charakter ćwiczeń kształtujących prawidłową koordynację ruchowo-wzrokowo--słuchową.

Ćwiczenie 7

Cel:

wspólne muzykowanie.

Zadanie:

rytmiczne klaskanie w dłonie.

Pomoce:

opcjonalnie instrumenty perkusyjne.

Procedura:

W pozycji leżącej, siedzącej lub stojącej wyklaskiwanie rytmu śpiewanej lub słuchanej piosenki, słuchanego utworu (rytm marszowy dopasowany do predyspozycji dziecka autystycznego). Czas wykonywania dowolny, tak aby nie zniechęcić dziecka (fot. 3).

Fotografia 3. Rytmiczne klaskanie

Źródło: fotografia własna.

Ćwiczenie 8

Cel:

reagowanie na zmiany tempa.

Zadanie:

chodzenie i bieganie w rytm muzyki.

Pomoce:

instrument akompaniujący lub a cappella.

Procedura:

Chodzenie w rytm muzyki w kole, na dźwięki wolne rytmiczne wymawianie „wol--no, wol-no...", a na szybki przebieg rytmiczny wymawianie „szyb-ko, szyb-ko...".

Ćwiczenie 9

Cel:

uwrażliwienie na rytm.

Zadanie:

realizacja ruchowa ćwierćnuty.

Pomoce:

instrument akompaniujący. Opcjonalnie, instrument perkusyjny dla dziecka.

Procedura:

Marszowe chodzenie w kole, z rękami na biodrach, w rytm muzyki opartej na ćwierćnutach, zmienianie co jakiś czas kierunku marszu. Zmiana kierunku marszu może być uwarunkowana zwrotką, okresem muzycznym lub zdaniem muzycznym. Zwracamy uwagę na podnoszenie kolan przed siebie. Pięty nie dotykają pośladków, przy wyprostowanym tułowiu. Opcjonalnie, gdy dziecko przyjmuje prawidłową postawę, może maszerować, grając na instrumencie perkusyjnym lub też klaszcząc w ręce.

Ćwiczenie 10

Cel:

uwrażliwienie na rytm.

Zadanie:

realizacja ruchowa ósemki.

Pomoce:

instrument akompaniujący. Opcjonalnie, instrument perkusyjny dla dziecka.

Procedura:

Bieganie w rytm muzyki, w kole, z rękami na biodrach, co jakiś czas zmieniając kierunek ruchu na sygnał.

Ćwiczenie 11

Cel:

uwrażliwienie na rytm, koordynacja ruchowo-słuchowo-wzrokowa.

Zadanie:

realizacja rytmu ćwierćnutowego w różnych pozycjach.

Pomoce:

instrument akompaniujący (utwór w takcie na 4).

Procedura:

Realizacja rytmiczna ćwierćnut według niżej podanych schematów. Jeden schemat wykonujemy w czasie trwania jednej zwrotki piosenki, utworu muzycznego.

W pozycji siadu skrzyżnego:

a) 2 razy klasnąć w dłonie i 2 razy uderzyć w podłogę obok siebie (fot. 4);

b) 2 razy klasnąć w dłonie przed sobą i 2 razy nad sobą;
c) 2 razy prawą ręką uderzyć w prawe udo i 2 razy lewą ręką uderzyć w lewe udo, po 4 taktach lub na sygnał zmiana rąk;
d) obie dłonie równocześnie 1 raz uderzają w uda i 1 raz w ręce partnera siedzącego naprzeciwko;
e) prawa ręka przeskakuje, uderzając raz w prawe, a raz w lewe udo (zabawa w skaczące żabki), lewa ręka spoczywa obok ciała – na sygnał zmiana rąk;
f) uderzanie rękami równocześnie o podłogę obok siebie – na raz, a na dwa
– klaśnięcie w dłonie nad głową;
g) na raz obie ręce uderzają w uda, na dwa klaśnięcie w dłonie, na trzy uderzenie palcami o podłogę obok siebie, na cztery klaśnięcie w dłonie.

W pozycji stojącej:
a) wystawianie prawej lub lewej stopy do przodu na pięcie lub na palcach w rytm muzyki;
b) maszerowanie w miejscu z naprzemiennym ruchem rąk w rytm muzyki;
c) w rytm muzyki klaśnięcie w dłonie raz pod prawym kolanem, a raz pod lewym kolanem z wysokim unoszeniem zgiętych w kolanie nóg;
d) wystukiwanie rytmu – na raz klaśnięcie w dłonie, na dwa, trzy i cztery uderzenie w uda;
e) na przemian uderzanie w uda raz lewą, raz prawą ręką.

Fotografia 4. Ćwiczenia koordynacyjne

Źródło: fotografia własna.

W pozycji leżącej na plecach:

a) ręce ułożone wzdłuż ciała – dłonie uderzają o podłogę na przemian w rytm muzyki, zginając się w nadgarstku;

b) prawa ręka uderza o podłogę 2 razy, po czym odpoczywa, w czasie kiedy druga ręka wykonuje te same ruchy;

c) uderzanie na raz w ręce (klaśnięcie) przed sobą, na dwa o podłogę obok siebie;

d) ręce ułożone wzdłuż ciała, stopy oparte o podłogę, nogi ugięte w kolanach, rytmiczne unoszenie zgiętych nóg i dotykanie palcami stóp podłogi, na przemian raz lewa, a raz prawa (marsz); ćwiczenie można wykonywać z podparciem na łokciach;

e) na leżąco z podparciem na łokciach, prawa noga ugięta w kolanie, lewa noga leży wyprostowana na podłodze. Prawa noga, lekko uniesiona, dotyka palcami podłogi raz z jednej, raz z drugiej strony lewej nogi. Na sygnał zmiana ćwiczącej nogi;

f) ręce ułożone wzdłuż ciała, stopy oparte o podłogę, nogi ugięte w kolanach, rytmiczne unoszenie zgiętych nóg i dotykanie palcami stóp podłogi, dwa razy prawą nogą, dwa razy lewą nogą.

W parach, w pozycji siadu skrzyżnego, dziecko i opiekun siedzą naprzeciwko siebie, dłonie uniesione na wysokości ramion i skierowane w stronę partnera:

a) ręce dziecka uderzają rytmicznie w dłonie partnera;

b) na raz uderzanie w dłonie partnera naprzeciwko siebie, na dwa w swoje uda;

c) na raz uderzenie w swoje uda, na dwa w ręce partnera naprzeciwko siebie, na trzy w podłogę obok siebie i na cztery w ręce partnera naprzeciwko siebie;

d) na raz uderzenie dłońmi w swoje uda, na dwa prawa ręka uderza o rękę prawą osoby towarzyszącej w ćwiczeniu, na trzy uderzenie w swoje uda i na cztery lewa dłoń uderza w lewą dłoń partnera;

e) opiekun bierze prawą rękę dziecka w swoją lewą dłoń i swoją prawą ręką uderza w otwartą dłoń dziecka. Zmiana ręki. Później dziecko wystukuje rytm na dłoni opiekuna (fot. 5).

f) w parach, jedna osoba siedzi za plecami drugiej i uderza bardzo delikatnie palcami o jej plecy, wystukując rytmicznie ćwierćnuty znanej piosenki, którą śpiewa cała grupa w metrum parzystym. Ćwiczenie powtarzamy w rytmie ósemkowym.

Fotografia 5. Ćwiczenia w parach (pozycja siedząca)

Źródło: fotografia własna.

Ćwiczenie 12

Cel:

nawiązywanie kontaktu wzrokowego, utrwalenie pojęcia prawej i lewej strony.

Zadanie:

zabawa z dzieckiem w powitanie.

Pomoce:

Piosenka 123456.

Procedura:

Stoimy w parach naprzeciwko siebie, dłonie uniesione na wysokości ramion i skierowane w stronę partnera, śpiewamy piosenkę – na słowa „jeden, dwa, trzy, cztery, pięć, sześć" uderzamy w ręce partnera naprzeciwko siebie, na słowach „daj mi cześć, daj mi cześć" podajemy sobie prawe dłonie. Trzymając się za prawą rękę, przy słowach „i do góry prawą rękę" podnosimy je do góry, następnie zmieniamy je na lewe, śpiewając „i do góry lewą rękę". Ćwiczenie kończymy podskokami, trzymając się za boki na słowach „hop-sa-sa, tra-la-la" (fot. 6).

Fotografia 6. Ćwiczenia w parach (pozycja stojąca)

Źródło: fotografia własna.

Ćwiczenie 13

Cel:

nawiązanie kontaktu, odreagowanie, rytmiczna realizacja ćwierćnut, wspólna zabawa.

Zadanie:

podczas śpiewania piosenki pt.: „Pieśń marynarska” rytmiczne klaskanie, a w miejsce pauzy – uniesienie prawej lub lewej ręki do góry, z zaciśniętą pięścią, z okrzykiem „Hej!”.

Pomoce:

piosenka pt.: „Pieśń marynarska”.

Procedura:

W postawie siedzącej lub stojącej jedna osoba śpiewa piosenkę, a pozostali wyczekują momentu pauzy w piosence, która znajduje się na końcu każdego zdania.

Ćwiczenie 14

Cel:

utrwalenie liczenia do pięciu, ruchowa realizacja ćwierćnut.

Zadanie:

liczenie w rytm muzyki.

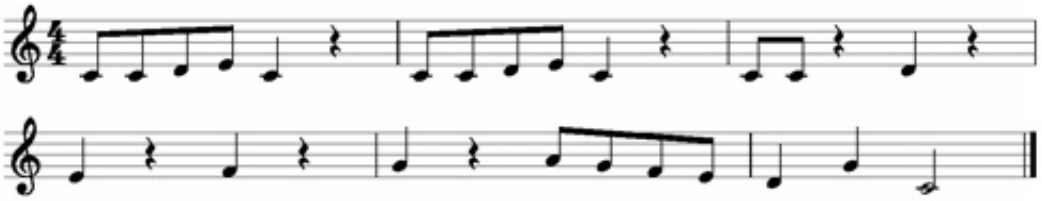
Pomoce:

piosenka pt.: „Potrafię liczyć”.

Procedura:

W pozycji siedzącej prawa ręka wystukuje o podłogę ćwierćnuty na słowach „prawą rękę mam i liczenie znam”, pokazywanie palców w kolejności, rozpoczynając od kciuka, do słów „jeden, dwa, trzy, cztery, pięć”, klaskanie w dłonie do słów „na liczenie mam dziś chęć”.

Materiał muzyczny:

piosenka pt. „Prawą rękę mam”, słowa i muzyka: Roman Seta.

Ćwiczenie 15

Cel:

utrwalanie liczenia w zakresie do trzech, nawiązanie kontaktu wzrokowego z dzieckiem.

Zadanie:

ćwiczenie w parach, stojąc na przeciwko siebie i śpiewając piosenkę pt.: „Ręce gotowe do pracy”.

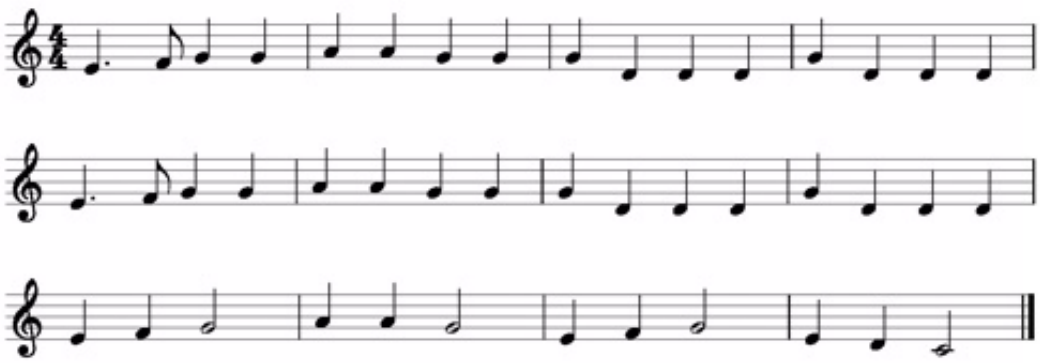
Pomoce:

piosenka pt.: „Ręce gotowe do pracy”.

Procedura:

Wszyscy uczestnicy stoją w kole, prawa ręka uderza rytmicznie o udo na słowach: „prawa ręka dziś do pracy jest gotowa, jak myślicie, o podłogę ze dwa razy (ze trzy razy) stukać będzie wyśmienicie”, kucnięcie i uderzenie dłonią o podłogę dwa razy na słowach „jeden, dwa” i trzy razy na słowach „jeden, dwa, trzy”, następnie trzy podskoki na słowach „hop, sa, sa”, „tra, la, la”.

Materiał muzyczny:

piosenka pt. „Ręce gotowe do pracy”, słowa i muzyka: Roman Seta.

Ćwiczenie 16

Cel:

prawidłowe wskazywanie przez dziecko części ciała.

Zadanie:

śpiewanie piosenki ze wskazywaniem części ciała.

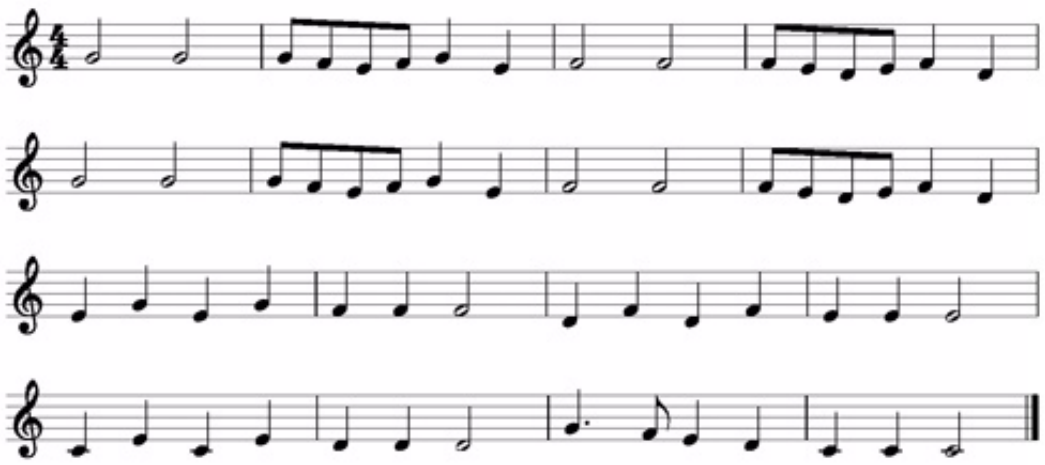
Pomoce:

piosenka pt.: „Kotek łapki myje”.

Procedura:

Na słowach „kotek, kotek łapki myje” – pocieramy dłonie, „nosek, nosek, uszy szyję” – kolejno wskazywanie przez dziecko części ciała, jeżeli nie potrafi wskazywać, pomaga mu opiekun, na słowach „a ja, a ja, wraz z koteczkiem piorę do nosa chusteczkę” – pocieramy dłonie zaciśnięte w pięści. Podczas refrenu „woda z kranu kap, kap, kap” klaszczemy w dłonie, „myję ręce chlap, chlap, chlap”
– pocieramy dłonie, „woda z kranu ciur, ciur, ciur” – klaszczemy w dłonie; „piorę chustkę szur, szur, szur” – pocieramy dłonie zaciśnięte w pięści.

Materiał muzyczny:

piosenka pt. „Kotek łapki myje”.

Ćwiczenie 17

Cel:

prawidłowe wskazywanie części ciała.

Zadanie:

śpiewanie piosenki ze wskazywaniem części ciała.

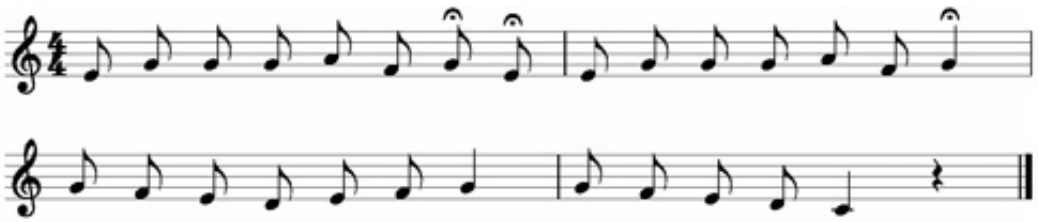
Pomoce:

piosenka pt.: „Moja mamo ukochana”.

Procedura:

Dziecko siedzi na podłodze i naśladuje gesty prowadzącego, śpiewając piosenkę. Na słowach „moja mamo ukochana” – ręce skrzyżowane na klatce piersiowej; „wszystko robię sam, sam ‚sam” – palcami rytmicznie wskazujemy na siebie; „wszelkich zalet dużo mam” – rękami zakreślamy koło; „uszy myję sam, sam, sam” – dziecko pokazuje palcami swoje uszy. W taki sam sposób postępujemy z innymi częściami ciała: oczy, nos, szyja, ręce, nogi, brzuch itd.

Materiał muzyczny:

piosenka pt. „Moja mamo ukochana”, słowa i muzyka: Roman Seta.

Ćwiczenie 18

Cel:

rytmiczne poruszanie się.

Zadanie:

dziecko naśladuje jazdę na rowerze.

Pomoce:

piosenka pt.: „Jazda na rowerze”

Procedura:

Pozycja wyjściowa – leżenie na plecach, podczas śpiewania piosenki dziecko utrzymuje nogi w górze, naśladując jazdę na rowerze.

Uwrażliwienie

Na tym etapie pojawiają się techniki terapii przez sztukę, nie tylko muzyczną, ale również plastyczną czy teatralną. Dobór treści nie może być przypadkowy. Powinien zawierać elementy, które zainteresują dziecko i dzięki którym będzie możliwe osiągnięcie sukcesu. Najlepiej jest uwrażliwiać na muzykę poprzez uczestnictwo w niej samego dziecka, czyli przez aktywne słuchanie, muzykowanie i tworzenie.

Aktywne słuchanie będzie związane z uchwyceniem przez dziecko pewnych elementów muzyki dotyczących:

- barwy instrumentu, która może naśladować lecący samolot lub podskakującą piłkę itp.;
- tempa utworu, które może nawiązywać do spaceru po lesie lub wbiegania pod górę itp.;
- dynamiki utworu, która może obrazować wiejący wiatr itp.;
- harmonii, która może wskazywać na ilość jadących samochodów itp.

Muzyka może naśladować poruszające się po sali dziecko, ilustrować dźwiękiem, tempem, artykulacją czy dynamiką ruchy, gesty dziecka (improwizacja instrumentalna). Przy czym ruch dziecka jest tu inspiracją dla instrumentalisty. Celem tych działań jest zwrócenie uwagi dziecka na charakter muzyki interpretującej jego ruch.

Wreszcie dziecko samo może brać udział w muzykowaniu, akompaniując na instrumentach perkusyjnych do znanej piosenki. Przez tworzenie muzyki rozumiemy także formę wyliczanek czy też odpowiedzi muzycznych.

Ćwiczenie 19

Cel:

rozpoznawanie instrumentu.

Zadanie:

dziecko, po usłyszeniu dźwięku zagranego na instrumencie perkusyjnym, wybiera z kilku instrumentów ten, którego dźwięk usłyszało przed chwilą.

Pomoce:

początkowo 2 instrumenty perkusyjne (np.: bębenek i trójkąt), do rozpoznawania, a w późniejszym etapie do kilku instrumentów (np.: bębenek, trójkąt, dzwonki, grzechotka, talerze, tarka).

Procedura:

Dziecko siedzi tyłem do zestawu instrumentów, po usłyszeniu dźwięku, odwraca się i gra na rozpoznanym instrumencie. Ćwiczenie można zmodyfikować, grając na dwóch lub więcej instrumentach w określonej kolejności.

Ćwiczenie 20

Cel:

granie akompaniamentu do piosenki pt.: „Pada śnieg".

Zadanie:

akompaniowanie dziecka na dzwonkach diatonicznych.

Pomoce:

instrument klawiszowy akompaniujący lub też a cappella oraz dzwonki diatoniczne.

Procedura:

Grupa śpiewa piosenkę, a na słowach „pada śnieg, pada śnieg" dzieci grają na dzwonkach dźwięki a1 i c1 w układzie harmonicznym.

Ćwiczenie 21

Cel:

nawiązanie kontaktu fonogestykulacją.

Zadanie:

śpiewanie piosenek z fonogestykulacją.

Procedura:

Naśladowanie przez dzieci gestów pokazywanych przez terapeutę. Dźwięki należy wprowadzać kolejno, rozpoczynając od

schematu sol-mi, następnie rozszerzać go, aż do uzyskania pełnej skali (wszystkich dźwięków gamy durowej).

Relaks

Etap rozluźnienia mięśni za pomocą ćwiczeń napinających poszczególne mięśnie i je rozluźniających (ćwiczenia izometryczne), w którym należy zastosować spokojną muzykę graną na żywo lub też odtwarzaną z magnetofonu. Na tym etapie spokojny głos terapeuty powinien pomagać w rozluźnieniu mięśni poprzez sugestie słowne odwołujące się do wyobraźni i doświadczeń dziecka, podparte fotografią lub obrazem.

Ćwiczenie 22

Cel:

zmniejszenie napięcia mięśniowego rąk.

Zadanie:

napięcie mięśni w czasie około 1 sekundy.

Procedura:

Przyjmujemy wygodną pozycję, jeżeli dziecko jest praworęczne, to najpierw zaciskamy prawą dłoń w pięść, licząc do trzech, po czym rozluźniamy rękę poprzez tzw. „strzepanie", „strząśnięcie". Powtarzamy ćwiczenie lewą ręką.

Ćwiczenie 23

Cel:

zmniejszenie napięcia mięśniowego nóg.

Zadanie:

napięcie mięśni w czasie około 1 sekundy.

Procedura:

Przyjmujemy pozycję siedzącą lub leżącą, naciągamy palce prawej stopy w stronę nosa, po czym rozluźniamy stopę poprzez tzw. „strzepanie", „strząśnięcie". Powtarzamy ćwiczenie lewą stopą.

Ćwiczenie 24

Cel:

wykonanie oddechu terapeutycznego.

Zadanie:

wciąganie powietrza nosem, a następnie wypuszczanie przez usta.

Pomoce:

instrument melodyczny.

Procedura:

Dziecko przy wznoszących się dźwiękach, granych na instrumencie melodycznym (fortepian, flet), podnosi przed sobą ręce do góry i wciąga powietrze nosem, a przy dźwiękach opadających – opuszcza ręce z boku ciała, wydychając powietrze ustami. Należy pamiętać, aby faza wdechu była krótsza od wydechu.

Aktywizacja

Ta część ma na celu przygotowanie dziecka do kolejnych zajęć po zakończeniu muzykoterapii. W zależności od pory dnia, od samopoczucia dziecka i otoczenia, z jakim dziecko będzie miało kontakt po zajęciach, aktywizacja może przybrać formę łagodną lub dynamiczną. Należy pamiętać, aby po relaksie nie pionizować dziecka zbyt szybko. Po pozycji leżącej należy przez chwilę posiedzieć na podłodze, można wykonać w tym czasie kilka spokojnych ćwiczeń rytmicznych i dopiero wstać. Aktywizacja dynamiczna może przybierać formę ekspresyjnego poruszania się w rytm dyskotekowej muzyki, podskakiwanie, wesołą zabawę grupową itp. Część ta powinna wprowadzać uczestników w dobry nastrój.

Pożegnanie

Zwrócenie uwagi kolejno na każde dziecko. Można pożegnać się, podając sobie dłonie, ale również w taki sam sposób jak powitanie, zamieniając słowo „Witaj, (imię dziecka)” na „Żegnaj (imię dziecka)”.

Bibliografia

Janiszewski M. (1997), *Podstawy muzykoterapii*, WNAM, Łódź.

Kierył M. (1995), *Mobilna Rekracja Muzyczna. Łatwa technika profilaktyki i terapii muzycznej*, WNAM, Warszawa.
Kierył M. (1996a), *Muzyczna apteczka, czyli profilaktyka i terapia muzyczna na co dzień*, WNAM, Warszawa.
Kierył M. (1996b), *Elementy profilaktyki muzycznej*, WNAM, Warszawa.
Klöppel R., Vliex S. (1995), *Rytmika w wychowaniu i terapii: rozpoznawanie i korygowanie zaburzeń zachowania u dzieci*, tłum. A. Florek, PNO Studio Grafiki Komputerowej, Warszawa.

Natanson T. (1979), *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, WNAM, Wrocław.

---

1 Autorka jest absolwentką Akademii Muzycznej w Łodzi, gdzie studiowała na kierunku Kompozycji i Teorii Muzyki w zakresie muzykoterapii w rehabilitacji. Ukończyła również liczne kursy, m.in. Kurs Pracy z Dzieckiem Autystycznym, Kurs Ruchu Rozwijającego Weroniki Scherborne, Kurs Mobilnej Rekreacji Muzycznej.

2 Autor jest absolwentem Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Słupsku, studiował na kierunku Wychowanie Muzyczne. Ukończył także studia podyplomowe na Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie w zakresie Komputeryzacji Kształcenia Specjalnego. Ukończył wiele kursów m.in. Wprowadzenie do Muzykoterapii, Kurs Mobilnej Rekreacji Muzycznej, Kurs Pracy z Dzieckiem Autystycznym. Niemal od dziesięciu lat prowadzi zajęcia muzykoterapeutyczne z dziećmi autystycznymi. Adres kontaktowy: erseta@op.pl

3 Zarys rozwoju muzykoterapii na przestrzeni wieków zostanie przedstawiony w oddzielnej publikacji.

4 Zajęcia muzykoterapii z dziećmi autystycznymi według schematu Mobilnej Rekreacji Muzycznej z wykorzystaniem przedstawionych ćwiczeń przeprowadzone w oddziałach słupskim i toruńskim Krajowego Towarzystwa Autyzmu oraz na kursach rehabilitacyjnych dla dzieci autystycznych.

Luiza Małgorzata Bożek[1]

Metoda Knillów z elementami stymulacji polisensorycznej w terapii dzieci autystycznych

Założenia stymulacji polisensorycznej

Terapia polegająca na stymulacji zmysłów dziecka opiera się na teorii C. H. Delacato, który przyczyn autyzmu upatruje w uszkodzeniu mózgu powodującym zaburzenia w funkcjonowaniu kanałów sensorycznych prowadzących z narządów zmysłu (wzroku, słuchu, węchu, smaku i czucia) do mózgu (Delacato, 1995). Dziecko cechuje nadwrażliwość zmysłowa, gdy do jego mózgu napływa zbyt duża ilość bodźców danego rodzaju. Jest to dla niego sytuacja trudna do zniesienia. Nie potrafi zintegrować tego nadmiaru bodźców. Reaguje wycofywaniem się, lękiem, a nawet paniką. Kiedy jego wrażliwość zmysłowa na bodźce danego rodzaju jest zbyt niska, czyli kiedy do mózgu dociera ich zbyt mała ilość, zachowuje się zgoła odmiennie. Będąc w stanie swoistej deprywacji sensorycznej, samo dostarcza sobie silnych bodźców danej modalności zmysłowej (tak wyjaśniane są m.in. niektóre akty autoagresji). Dziecko może nie odczuwać bólu, gryząc się w rękę lub uderzając głową o ścianę. Jest to dla niego prosty sposób, aby poczuć, że posiada różne części ciała, np. rękę lub głowę. Ostatni rodzaj zaburzeń percepcji Delacato określił mianem białego szumu. Powstaje on wtedy, gdy wadliwie działające kanały

sensoryczne zaczynają wytwarzać własne bodźce. Wówczas to „przekaz płynący ze świata zewnętrznego jest zakłócony lub w skrajnych przypadkach niedopuszczony do mózgu przez szumy powstające w układzie” (Delacato, 1995, s. 90).

Według Delacato, dziwne autystyczne zachowania nie są niczym innym jak próbą samouleczenia. Obserwując je, można stwierdzić, które kanały sensoryczne działają wadliwie i jakiego rodzaju jest to zaburzenie. Wiedza ta jest potrzebna do podjęcia odpowiedniej interwencji terapeutycznej. W zależności od rodzaju dysfunkcji polega ona na odwrażliwieniu lub uwrażliwieniu danego kanału sensorycznego poprzez dostarczenie dziecku bodźców – odpowiednio – o słabym lub silnym natężeniu, a następnie stopniowej zmianie tego natężenia. W wypadku białego szumu umożliwia się dziecku rozróżnienie doznań wywołanych przez bodźce zewnętrzne od doznań wywołanych przez bodźce wewnętrzne, z jednoczesnym ukierunkowaniem jego uwagi na te pierwsze.

Programy Aktywności

Programy Aktywności zostały stworzone przez małżeństwo Mariannę i Christophera Knillów (1995). Pracując przez wiele lat z osobami niepełnosprawnymi, doszli oni do przekonania, że odpowiednio skonstruowany program terapeutyczny jest w stanie obudzić inicjatywę nawet w osobach najgłębiej upośledzonych, a więc najbardziej wycofanych. Oparli się na założeniu, że najważniejszym kanałem sensorycznym jest skóra. Dotyk jest bowiem pierwszym wrażeniem, jakiego doznajemy. Od wrażliwości dotykowej zależy umiejętność nawiązania kontaktu z otoczeniem. Ten jest z kolei podstawą kształtowania się kolejnych umiejętności w tym – jakże istotnej – komunikacji. Wczesna komunikacja między niemowlęciem a dorosłym wyraża się właśnie poprzez dotyk (Piszczek, 1995; Olechnowicz, 1995). W swoich Programach Aktywności autorzy skojarzyli ruch i dotyk ze specjalnie skomponowaną muzyką. Wykonując przy muzyce określone ćwiczenia, dziecko uczy się odczuwania własnego ciała i otwiera się na doznania dotykowe z otoczenia.

Program Aktywności składa się z 6 części:

- Programu Wprowadzającego;
- Programu Specjalnego dla dzieci ze znaczną niepełnosprawnością ruchową;
- Programu Pierwszego, koncentrującego się na ćwiczeniach górnej partii ciała;
- Programu Drugiego, koncentrującego się na ćwiczeniach dolnej partii ciała;
- Programu Trzeciego wymagającego od uczestnika większej sprawności i koordynacji ruchowej, a także uwagi;
- Programu Czwartego – najtrudniejszego – gdzie dużą rolę odgrywa już własna inicjatywa dziecka (np. taniec).

Terapia metodą Knillów z elementami stymulacji polisensorycznej

Prowadzone przeze mnie zajęcia terapeutyczne odbywają się raz w tygodniu, zawsze według określonego schematu. Zajęcia prowadzone są w małych, maksymalnie 5–6-osobowych grupach. Większa ilość uczestników wymaga udziału drugiego terapeuty. Jego pomoc jest zresztą niezbędna w grupach, w skład których wchodzą osoby wysoce nadpobudliwe. W zależności od aktualnego poziomu koncentracji uwagi i aktywności (pobudzenia) grupy, zajęcia rozpoczynają się stymulacją polisensoryczną (aktywizacja dzieci) lub realizacją określonego Programu Aktywności Knillów (skoncentrowanie na zadaniu, wyciszenie). Preferowany jest jednak układ, gdy zajęcia kończą się programem Knillów. Wybór określonego Programu Aktywności zależy od stopnia zaawansowania danej grupy, aczkolwiek w wypadku grup najbardziej zaawansowanych powraca się od czasu do czasu do programów łatwiejszych (Pierwszego i Drugiego) celem utrwalenia ich efektów.

Podczas zajęć grupowych uczestnicy mają wzajemnie duży wpływ na swoje zachowanie. Wiele uczą się poprzez naśladowanie swoich sprawniejszych pod pewnym względem kolegów. Dużą rolę odgrywa także indywidualny kontakt z terapeutą. Szansa na jego nawiązanie powstaje zwłaszcza w czasie stymulacji polisensorycznej, kiedy to prowadząca ją osoba podchodzi kolejno do każdego dziecka z określonym przedmiotem, stwarzając okazję do wspólnej aktywności i dialogu.

Stymulacja polisensoryczna odbywa się zawsze ściśle według określonego schematu (przykładowy scenariusz zajęć w „Załączniku”). Bazuje on na schemacie „porannego kręgu” zaprezentowanym w książce J. Kielina (Kufel R., Kufel P., Kielin, 2000, s. 175–182). Rozpoczyna się zawsze zapaleniem lampki

zapachowej, z którą prowadzący zajęcia podchodzi po kolei do każdego dziecka. Następnie każde dziecko poddawane jest masażowi dłoni, któremu towarzyszy powitalna piosenka (dziecko jest w niej nazywane własnym imieniem). Potem nakrywane jest chustą w kolorze, który dominuje podczas całej stymulacji. Następnie konfrontowane jest z różnymi bodźcami dotykowymi, wzrokowymi, dźwiękowymi i określonym bodźcem smakowym. Zajęcia kończą się pożegnalną piosenką. Schemat ten jest stały, przy czym prezentowane bodźce (zapach, smak, kolor, faktura przedmiotów itp.) zmieniają się co kilka tygodni i zwykle powiązane są ze sobą tematycznie (np. „Święta Bożego Narodzenia" – scenariusz w „Załączniku").

Z uwagi na obrane kryteria doboru do grup zajęciowych znajdują się w nich dzieci różniące się wrażliwością sensoryczną. Wymaga to od terapeuty uwzględnienia potrzeb wszystkich uczestników. Dlatego bodźce, jakich się im dostarcza, są zwykle dobierane w kontrastujące ze sobą pary (np. gładki – szorstki). Zachowanie dziecka wobec bodźca wskazuje na rodzaj cechującego go sensoryzmu. I tak np. przy masażu dłoni różnymi gąbkami dzieci nadwrażliwe preferują zwykle gąbkę miękką i gładką, natomiast dzieci o niskiej wrażliwości dotykowej – gąbkę twardą i szorstką. Masaż prowadzi się naprzemiennie raz jedną, raz drugą gąbką, ale zawsze kończy się tą, która jest preferowana. Trochę inaczej postępuje się w przypadku zapachu i smaku. Mają one zazwyczaj charakter wiodący i współgrają ze sobą (np. smak i zapach cytrynowy). Ponieważ nie zmienia się ich (jak zresztą pozostałych elementów stymulacji) przez kilka zajęć z rzędu, dziecko ma możliwość oswojenia się z nimi i uczy się je odróżniać od innych zapachów i smaków, jakie w ciągu dnia spotyka w otoczeniu.

Podczas stymulacji wykorzystuję też komunikaty werbalne. Dzieciom znającym i posługującym się mową zadaję pytania dotyczące wrażeń, jakie wywołuje w nich dany bodziec. Wobec pozostałych dzieci ograniczam bodźce werbalne, nazywając jedynie jednym słowem wrażenie, jakiemu właśnie podlegają.

Ponieważ bodźce są prezentowane w kontrastujących ze sobą parach, wychwytując różnice między nimi, dziecko staje się zdolne do wykształcenia określonego pojęcia (np. szorstkości, miękkości). W ten sposób stymulacja polisensoryczna, obok głównego celu – unormowania działania kanałów sensorycznych – przyczynia się do rozwoju zasobów pojęciowych dziecka.

Zgodnie z założeniami twórców Programu Aktywności, jego realizacja, poprzez kształtowanie świadomości własnego ciała, ma prowadzić do otwarcia się dziecka na kontakt z drugim człowiekiem. Sprzyja temu forma, w jakiej prowadzone są ćwiczenia. Dziecko wykonuje je razem z partnerem, najczęściej rodzicem – osobą znaną i znaczącą, a więc dającą poczucie bezpieczeństwa.

Na naszych zajęciach dzieci siadają na kocach w tzw. kołyskach, czyli na kolanach bądź między kolanami rodziców, plecami opierając się o ich klatkę piersiową. Taka pozycja, niewymuszająca kontaktu wzrokowego, jest przez dziecko autystyczne zwykle najbardziej akceptowana (Olechnowicz, 2004). Ważne jest też, aby na początku zajęć dostosować głośność odtwarzanego programu do indywidualnych możliwości percepcyjnych naszych małych klientów. Nie jest to najłatwiejsze, gdyż w zajęciach uczestniczą osoby znacząco różniące się pod tym względem. Niekiedy pracę z danym dzieckiem trzeba rozpocząć od „oswojenia" go z muzyką odtwarzaną z magnetofonu i wytworzenia nawyku słuchania jej w pozycji siedzącej ewentualnie leżącej. Jest to trudne dla dzieci nadruchliwych i z trudem skupiających uwagę. Uznaliśmy za duży postęp, gdy kilkuletni chłopczyk, który zwykle podczas odtwarzania Programu Aktywności chodził na czworakach i stereotypowo wodził palcem po krawędziach płytek, z których zrobiona była podłoga, krzycząc i wyrywając się, gdy próbowano go na siłę wziąć na kolana, niespodziewanie pewnego dnia zaczął wykonywać pod kierunkiem matki przy muzyce określone ćwiczenia. Wprawdzie za każdym razem, gdy temat muzyczny kończył się, wstawał i zaczynał biegać po sali, ale zawsze wołany wracał do matki z chwilą, gdy rozpoczynał się następny temat muzyczny – następne ćwiczenie.

Gdy dziecko potrafi, choćby na pewien czas skoncentrować się na muzyce, kolejnym etapem pracy staje się powiązanie określonego motywu muzycznego z przypisanym mu ćwiczeniem. Wprawdzie każdy fragment muzyczny poprzedza słowne polecenie, ale nie wszystkie dzieci je rozumieją. Tutaj ważną rolę odgrywa partner dziecka, który inicjuje wykonywanie poszczególnych ćwiczeń. Sposób, w jaki się to odbywa, ma bardzo indywidualny charakter. Zależy od tego, w jakim stopniu dziecko toleruje jego dotyk, w jakim stopniu daje sobą w ten sposób pokierować, czy chce i potrafi naśladować oraz jaki jest jego aktualny poziom motywacji i koncentracji uwagi. Niektóre dzieci nie pozwalają siebie dotykać, ale chętnie dotykają rodziców. Inne wykazują wzmożoną wrażliwość na dotyk tylko w niektórych partiach ciała (np. chętnie klepią lub pozwalają klepać się po brzuchu, lecz protestują przy próbie dotknięcia ich głowy). Najmłodsi potrzebują demonstracji i odpowiedniego pokierowania ruchem ich ciała. Później wystarcza samo zapoczątkowanie ruchu, aby dziecko mogło kontynuować go samodzielnie (por. Olechnowicz, 2004). Dzieci dość szybko zaczynają kojarzyć określoną melodię z określonym ruchem, a potem też i słowem. Sądzę, że nie pozostaje to bez wpływu na rozwój mowy. U jednego z chłopców postęp w rozwoju mowy zbiegł się w czasie z podjęciem przez niego spontanicznej próby powtarzania poleceń poprzedzających każde ćwiczenie. Początkowo było to bardzo nieudolne i ograniczało się do odtwarzania pojedynczych dźwięków, ale od tamtego czasu jego wymowa poprawiła się. Ponadto dzięki ćwiczeniom uczestnicy zaczynają bardziej świadomie operować własnym ciałem.

Większość dzieci autystycznych bardzo dobrze przyjmuje opracowaną przez małżeństwo Knillów muzykę. Łagodnie aktywizująca melodia pojawiająca się na początku każdego z Programów Aktywności staje się po pewnym czasie dla dziecka nośnikiem informacji: „Uwaga: zaczynają się zajęcia”. Pomaga więc w skupieniu uwagi i pozwala przewidywać, co będzie dalej, co z kolei wzmacnia poczucie bezpieczeństwa. Uczestnicy szybko uczą się kolejności ćwiczeń, rozpoznając je po odpowiednim

motywie muzycznym. Ten element stałości i przewidywalności jest dla osób autystycznych niezwykle ważny (Olechnowicz, 2004). Gdy jednak dzieci przyzwyczają się do prowadzącego zajęcia i opanują ćwiczenia, wprowadza się nowy program lub modyfikuje wykonywanie ćwiczeń. Dzięki temu dzieci uczą się akceptować zmiany.

Badanie efektywności terapii metodą Knillów z elementami stymulacji polisensorycznej

Zachowanie dziecka uczestniczącego w zajęciach – jego reakcje na prezentowane bodźce, poziom aktywności, stopień koncentracji uwagi itd. – jest oceniane na specjalnie dla tego celu skonstruowanym arkuszu własnego autorstwa. Arkusz ten – zamieszczony na końcu artykułu („Załącznik") – przechodził wiele modyfikacji, zanim zyskał przedstawioną formę. Służy on systematycznej obserwacji postępów dziecka. Adnotacje w punkcie „uwagi" pozwalają odróżnić te zmiany w zachowaniu, które są efektem oddziaływania przejściowych czynników, takich jak nastrój i samopoczucie dziecka w danym dniu, sytuacje stresowe itp., od zmian, które nie mają charakteru przejściowego, lecz są trwałym efektem rozwoju. Zawarte w nim informacje są wykorzystywane do okresowych badań nad efektywnością prowadzonej terapii.

Ostatnio badania takie przeprowadzono na przełomie 2003 i 2004 roku. Objęto nimi 26 dzieci. W grupie tej znalazły się zarówno dzieci systematycznie i regularnie biorące udział w zajęciach, jak i te, które przychodzą na nie nieregularnie lub z różnych przyczyn przestały już w nich uczestniczyć[2]. W badaniu porównywano oceny uzyskane przez nie w pierwszym półroczu 2003 roku z ocenami uzyskanymi na przełomie 2003/2004 roku. Jeśli dzieci zaczęły uczęszczać na zajęcia po wakacjach – a była to dość spora grupa (12 osób) – wówczas porównywano wyniki osiągnięte przez nie w ciągu pierwszych kilku tygodni pracy z wynikami osiągniętymi na koniec roku.

W prezentowanych badaniach oceniano postępy dzieci w wymiarach: umiejętności koncentracji uwagi, nawiązywanie

kontaktu oraz poziom aktywności podczas wykonywania zadań z Programu Aktywności Knillów.

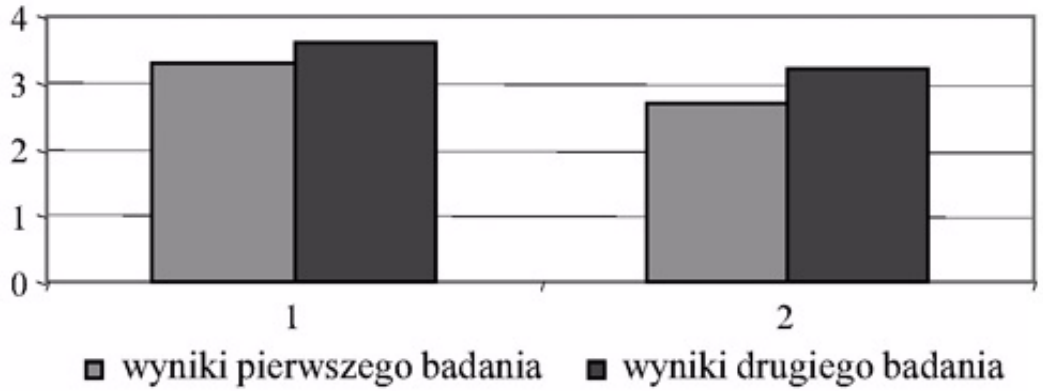
Oceniając umiejętność koncentracji uwagi, analizowano z arkusza zachowania dziecka (patrz: „Załącznik") następujące pozycje: wodzenie wzrokiem za źródłem światła, ogólny stopień koncentracji uwagi podczas stymulacji polisensorycznej oraz zdolność do cierpliwego czekania na swoją kolej. Oceniając poziom nawiązywania kontaktu, brano pod uwagę takie pozycje, jak: nawiązywanie kontaktu wzrokowego, werbalnego i dotykowego z terapeutą oraz stopień współpracy dziecka z osobą wspomagającą podczas ćwiczeń metodą Knillów. Przy ocenie poziomu aktywności podczas wykonywania ćwiczeń metodą Knillów brano pod uwagę wszystkie pozycje wyodrębnione w arkuszu w oddzielnej kategorii o nazwie Program Aktywności Knillów. Wyniki nanoszono na siedmiopunktową skalę (znaczenie poszczególnych wyników zostało opisane w „Załączniku").

Pod względem umiejętności koncentracji uwagi i poziomu aktywności u wszystkich dzieci zaobserwowano postęp o średnio 0,42 punktu, natomiast pod względem nawiązywania kontaktu – o 0,30 punktu. Wyjątkiem jest jedno dziecko, u którego po wakacjach nastąpił ogólny silny regres spowodowany nawarstwieniem się sytuacji stresowych (zmiana opiekunki, częste kilkutygodniowe wyjazdy rodziców) oraz dwoje dzieci, w przypadku których pogorszenie się wyników na niektórych wymiarach można tłumaczyć nieregularnym udziałem w zajęciach. Zauważyłam, że długie przerwy w terapii często powodują niewielki regres w zachowaniu dziecka. Stąd też przypuszczam, że przynajmniej niektóre wyniki sugerujące brak zmian rozwojowych pomiędzy pierwszym a drugim badaniem mogą tak naprawdę kryć w sobie dużo informacji o różnego typu zarówno pozytywnych, jak i negatywnych zmianach, jakim podlegała osoba w ciągu zaledwie kilku miesięcy. Końcowa ocena, ponieważ jest uśredniona, nie oddaje tej dynamiki zmian.

Ciekawe wyniki uzyskano, porównując oddzielnie grupę dzieci uczęszczających na zajęcia od co najmniej roku z grupą dzieci, która rozpoczęła terapię w połowie minionego roku lub później

(patrz: wykresy poniżej – Histogram 1, Histogram 2, Histogram 3).

Histogram 1. Porównanie zmian w nawiązywaniu kontaktu w grupie „starszej” (1) i „młodszej” (2)

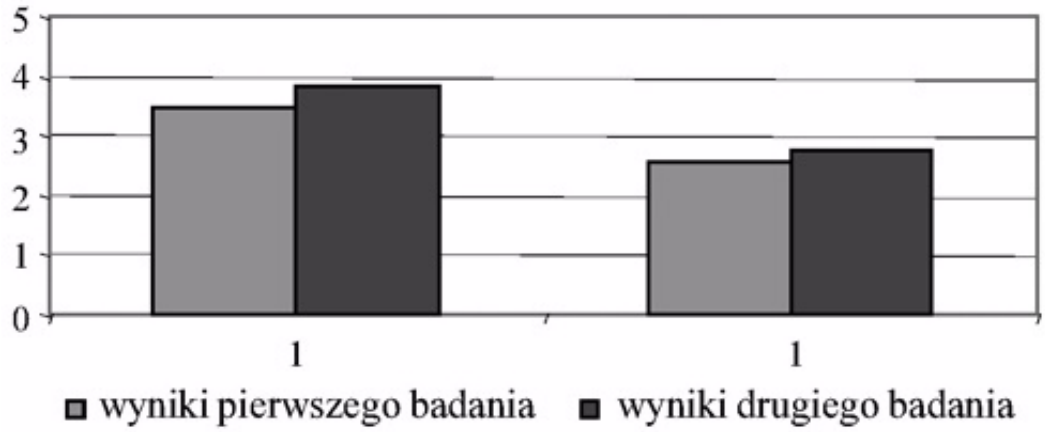


Źródło: badania własne.

Badanie wykazało, że dzieci z pierwszej grupy funkcjonują na ogólnie wyższym poziomie niż ich koledzy z drugiej grupy, przy czym dużą rolę odgrywa też w tym wypadku wiek, gdyż do pierwszej grupy należą przeważnie osoby powyżej 6. roku życia, podczas gdy nowi uczestnicy to zwykle dzieci młodsze. Wprawdzie pod względem umiejętności koncentracji uwagi obie grupy uczestników niewiele różnią się obecnie od siebie (różnica wynosi około 0,4 punktu), ale pod względem poziomu aktywności „starsi” funkcjonują przeciętnie o około 0,85 punktu wyżej, natomiast pod względem umiejętności nawiązywania kontaktu różnica ta wynosi aż około 1,1 punktu. Jednak porównanie zmian, jakie zaszły w funkcjonowaniu dzieci między pierwszym a drugim badaniem, pokazuje, że „młodsi” pod pewnymi względami rozwijają się szybciej niż „starsi”, którzy przecież uczęszczają na zajęcia dłużej. U tych pierwszych umiejętność koncentracji uwagi wzrosła przeciętnie o 0,54 punktu, a poziom aktywności aż o 0,61 punktu, podczas gdy u drugich wzrost ten wyniósł odpowiednio 0,31 i 0,23 punktu. Wciąż jednak pod względem umiejętności nawiązywania kontaktu dzieci dłużej uczestniczące w zajęciach czynią

nieznacznie większe postępy niż ich nowi koledzy (0,38 punktu przeciętnego wzrostu przy 0,28 punktu w grupie drugiej).

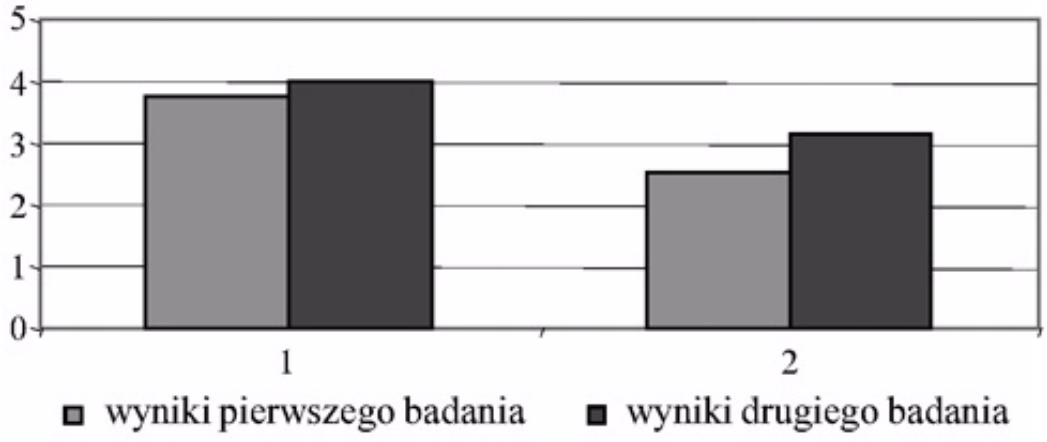
Histogram 2. Porównanie zmian w nawiązywaniu kontaktu w grupie „starszej" (1) i „młodszej" (2)



Źródło: badania własne.

Sądzę, że szybkie postępy w rozwijaniu umiejętności koncentracji uwagi i coraz aktywniejszy udział w zajęciach, wynikają u dzieci niedawno włączonych do terapii stąd, iż jest to w ich przypadku często dopiero pierwsze systematyczne oddziaływanie terapeutyczne. Pomaga ono w pierwszej kolejności usunąć lub zmniejszyć częstotliwość uciążliwych zachowań, odcinających dziecko od świata, zapoczątkowując tym samym proces poznawania go. Im mniej nasilone są u dziecka cechy autystyczne i im wyższe są jego możliwości intelektualne, tym szybciej ten proces przebiega. Ponieważ jednak zaburzenia w przebiegu interakcji społecznych i w komunikacji są, obok stereotypii i ograniczonych wzorców zachowań osiowych, objawem autyzmu (por. kryteria DSM IV w: Pisula, 1999), ich terapia wymaga długoterminowych oddziaływań, zatem większych efektów w nawiązywaniu kontaktu należałoby oczekiwać u osób dłużej uczestniczących w zajęciach terapeutycznych. I taką zależność sugerują wyniki omówionego badania.

Histogram 3. Porównanie zmian w poziomie aktywności podczas realizacji Programu -Aktywności Knillów w grupie „starszej” (1) i „młodszej” (2)



Źródło: badania własne.

Podsumowanie

Uważam, że wyniki badania nad efektywnością terapii metodą Knillów
z elementami stymulacji polisensorycznej są zadowalające. Być może nie potrafią one oddać do końca zmian, jakim podlegają dzieci. Być może zastosowane narzędzie pomiaru nie jest dość precyzyjne. Trudno zresztą w pracy z osobami autystycznymi oczekiwać tak pozytywnych i radykalnych zmian, jakie stają się udziałem nielicznych jednostek opisanych w książkach. Często osiągane efekty są niewspółmiernie małe w stosunku do nakładu pracy. Zdarzają się przykre zarówno dla rodziców, jak i terapeutów regresje. Ale właśnie dlatego każdy najdrobniejszy krok podejmowany przez dziecko w kierunku świata i ludzi urasta do rangi wielkiego sukcesu. Na zajęciach uczymy się cieszyć z takich małych osiągnięć i nie zniechęcać ewentualnymi niepowodzeniami, wierząc, że każdy nowy dzień jest okazją do rozwoju. Tym, co wspiera dążenia terapeuty i rodziców, jest szczególna atmosfera panująca na zajęciach – atmosfera zabawy. Pewnie dlatego – jak zapewniają rodzice – dzieci lubią zajęcia „z Knilla” i chętnie biorą w nich udział.

Analiza przypadku[3]

Mateusz zaczął uczęszczać na różnorodne zajęcia terapeutyczne organizowane przez Krajowe Towarzystwo Autyzmu w Toruniu w grudniu 2002 roku. Miał wówczas 3 lata i 8 miesięcy. Na wszystkie zajęcia uczęszczał bardzo regularnie, zawsze pod opieką matki.

Pierwsze zajęcia metodą Knillów z elementami stymulacji polisensorycznej były dla niego bardzo negatywnym przeżyciem. Nowe miejsce, nowe osoby, nowa sytuacja wywołały u niego duży niepokój. Jego gwałtowny sprzeciw wzbudziła obecność magnetofonu. Uruchomienie go i włączenie Programu Aktywności sprawiło, że chłopiec zaczął płakać i krzyczeć, przy czym wyrywał się z objęć matki, próbując za wszelką cenę wyłączyć magnetofon. Z uwagi na tak silną reakcję ściszono znacznie muzykę, lecz nie wyłączono jej. Obrano sobie za cel spowodowanie, aby Mateusz zaakceptował fakt, że muzyka jest odtwarzana na zajęciach. Zastosowano przytrzymanie. Chłopiec jednak nie mógł się uspokoić. Wydatkowanie sporej energii na płacz i krzyk oraz próbę uwolnienia się z ramion matki spowodowało zmęczenie i stąd jego opór na koniec zajęć osłabł.

Podczas kolejnych zajęć opór Mateusza stopniowo słabł. Nadal jednak zdarzały się ataki szału i agresji, choć różne były ich przyczyny. Początkowo podczas zajęć Mateusz nie potrafił wysiedzieć na kocu spokojnie przez kilka minut. Chodził po sali, interesował się różnymi znajdującymi się w niej przedmiotami, próbował manipulować przy magnetofonie. Próba udaremnienia mu tego wywoływała złość. Zdarzało się wówczas, że chłopiec uderzał matkę lub rzucał przedmiotami. W takich sytuacjach stosowano za zgodą matki przytrzymanie. W ten sam sposób próbowano też zmusić go, aby usiadł na kocu, gdy odtwarzano Program Aktywności Knillów lub gdy terapeuta podchodził do niego w trakcie stymulacji z jakimś przedmiotem. Zwykle

wykazywał nim zainteresowanie, ale do tego stopnia, że nie można było go od danego przedmiotu oderwać. Trzeba było chwytać się różnych sposobów, np. mieć w pogotowiu inny przedmiot, który dawano chłopcu, odwracając jego uwagę od poprzedniego obiektu zainteresowania. Obecnie dziecko pozwala już na to, by odebrano mu przedmiot. Nie wywołuje to u niego gwałtownego sprzeciwu.

Od początku Mateusz był zafascynowany lampką zapachową. Bał się wprawdzie jej dotykać, być może obawiając się oparzenia, ale wkrótce częściowo przezwyciężył ten strach. Wielką radość sprawiało mu natomiast zdmuchiwanie ognia ze świeczki palącej się wewnątrz lampki. Z uwagi na fascynację lampką nie potrafił wysiedzieć spokojnie na swoim miejscu, czekając aż terapeuta podchodzący do każdego dziecka dojdzie wreszcie do niego. Wstawał z miejsca, podbiegał do trzymanej przez terapeutę lampki i nie bacząc na nic, zdmuchiwał ogień. Podobnie niecierpliwił się, gdy terapeuta podczas stymulacji prezentował różne inne przedmioty. Wszystko chciał zawsze mieć pierwszy. Zdarzało się, że podchodził do innych dzieci i wyrywał im z ręki upragnioną rzecz. Bywał w takich sytuacjach agresywny, choć zwykle kierował agresję na matkę lub przedmioty. Obecnie wykazuje większą cierpliwość, aczkolwiek nadal zdarza mu się chodzić za terapeutą trzymającym lampkę lub – rzadziej – wyrwać coś z dłoni innego dziecka. Nie obserwowano już jednak w ostatnim czasie ataków agresji na zajęciach. Niemniej według relacji matki nadal zdarza mu się wpadać w szał w miejscach publicznych. Zaczyna wówczas krzyczeć, uciekać, rzucać się na ziemię itp. Powody takiego zachowania są dla rodziców trudne do ustalenia.

O ile na początku uczestnictwa Mateusza w terapiach, dominowała u niego uwaga mimowolna, o tyle obecnie rozwija się uwaga dowolna i wydłuża czas jej koncentracji. Biorąc pod uwagę punktację zastosowaną w badaniach nad efektywnością terapii metodą Knillów z elementami stymulacji polisensorycznej, Mateusz poczynił znaczne postępy. Od 1, a nawet 0 punktów, jakie można by mu przyznać, dokonując oceny po pierwszych zajęciach,

poprzez 2 punkty przyznane mu w pierwszym półroczu 2003 roku, jego umiejętność koncentracji uwagi wzrosła do 3 punktów na koniec wspomnianego roku.

Niecierpliwość i ruchliwość Mateusza, objawiająca się np. częstym wstawaniem z miejsca podczas zajęć, wiązała się z pewną nadpobudliwością, która uwidoczniała się także w potrzebie ciągłego mówienia do siebie. Chłopiec początkowo niemal przez całe zajęcia, a zwłaszcza gdy był czymś szczególnie zaabsorbowany czy zajęty, mówił do siebie, przy czym nie była to zwykła mowa, lecz zlepek różnych dziwnych mowopodobnych dźwięków. Nie pełniły one żadnej funkcji komunikacyjnej. Jednak gdy tylko Mateusz zaczął aktywniej uczestniczyć w ćwiczeniach Programu Aktywności, zauważyłam, że po usłyszeniu odtwarzanego z taśmy polecenia, informującego o tym, jakie ćwiczenie ma być wykonane, mówił coś krótko i niezrozumiale (patrz wyżej: punkt 3). Odniosłam wrażenie, że próbuje powtórzyć usłyszany komunikat, ale brzmiało to raczej jak zbitka nieartykułowanych dźwięków. Wrażenie to jednak potęgowało się podczas kolejnych zajęć. Każdy werbalny element Programu Aktywności Mateusz powtarzał po swojemu. Zwróciła na to uwagę również jego matka, która starała się utrzymać u niego tę tendencję, powtarzając już podczas ćwiczeń kilkakrotnie nazwę danej części ciała. Wyglądało na to, że Mateusz chce mówić, ale wymowa wyraźnie sprawia mu trudność. Przypuszczenie to potwierdziło jego zachowanie podczas śpiewania pożegnalnej piosenki. Chłopiec, patrząc na mnie, wyraźnie naśladował sposób, w jaki otwierałam usta, śpiewając słowa piosenki. Widząc to, odruchowo zaczęłam wyraźniej wymawiać te słowa. Wkrótce wymowa Mateusza poprawiła się do tego stopnia, że nie mieliśmy już żadnych wątpliwości, iż są to próby powtarzania wyrazów. Mając 3;10 lat (pod koniec stycznia 2003 roku) znał kilka prostych słów, ale mówić zaczął, skończywszy 4 lata (w kwietniu). W ciągu dwóch miesięcy opanował kilkanaście słów, lecz występowała u niego duża wada wymowy. Przełom nastąpił, gdy poszedł do przedszkola i zaczął pracować z logopedą (we wrześniu). Powtarzał coraz więcej słów. W listopadzie zaskoczył nas, gdy

nagle włączył się do śpiewania piosenki powitalnej. Obecnie zna około 80 słów, liczy na głos do 25 i rozróżnia, nazywając, 5 kolorów. Nazywa też części ciała i potrafi odpowiedzieć na pytanie, jak ma na imię. Niemniej wciąż wymaga terapii logopedycznej. Poza tym na zajęciach rzadko w tej chwili mówi do siebie.

Podczas pierwszych zajęć kontakt wzrokowy z Mateuszem był utrudniony. Rzadko udawało się terapeucie przechwycić jego spojrzenie i to zwykle na krótko. Poważna zmiana nastąpiła pod tym względem, gdy dziecko zaczęło ćwiczyć w trakcie odtwarzania Programu Aktywności. Wiązało się to z zaakceptowaniem przez nie faktu, że na zajęciach korzysta się z magnetofonu. Najpierw był on nieco na siłę przytrzymywany przez matkę i to ona prowadziła jego ręce, wykonując nimi określone ćwiczenia (np. klaskanie, głaskanie się po brzuchu itd.). Szybko jednak polubił te ćwiczenia, przy czym okazało się, że bardzo dobrze naśladuje innych. Zaczął więc coraz więcej ćwiczyć samodzielnie, uważnie mi się przyglądając, jako że demonstrowałam wszystkie ćwiczenia (przypominam, że siedział w „kołysce" tyłem zwrócony do matki, a przodem do mnie). Wtedy to zaczęłam „łapać" z nim bardzo dobry kontakt wzrokowy, któremu towarzyszył odwzajemniony promienny uśmiech. Realizacja Programu Aktywności zaczęła mu sprawiać wyraźną radość. To nie był zwykły zestaw ćwiczeń, lecz prawdziwa zabawa. Naśladując mnie, Mateusz zaczął np. nadymać policzki w trakcie ich poklepywania. Pod koniec 2003 roku wykonywał wszystkie ćwiczenia z Programu Pierwszego zupełnie samodzielnie, dość dobrze orientując się, kiedy co należy wykonać. Poziom jego aktywności na zajęciach wzrósł od 0, obserwowanego na pierwszych kilku zajęciach, aż do 4 punktów w połowie 2003 roku i 5 punktów na koniec roku. Postęp ten był bardzo szybki i zauważalny dla każdego. Także pod względem nawiązywania kontaktu odnotowano znaczący rozwój. W ciągu minionego roku wzrósł on aż od 2 punkty, by na przełomie roku wynosić 4. Niestety, w ostatnim czasie, po długiej przerwie spowodowanej feriami i chorobą, Mateusz nie bardzo chce ćwiczyć podczas odtwarzania programu Knillów i wycofuje się z kontaktu. Sądzę jednak, że jest to przejściowy regres, który powinien

ustąpić, gdy dziecko znów zacznie regularnie uczestniczyć w zajęciach.

Mateusz przejawia nadwrażliwość dotykową niektórych części ciała. Początkowo nie chciał w ogóle poddawać się masażowi dłoni, dlatego przytrzymywano mu ręce, a sam masaż trwał bardzo krótko. Zaobserwowałam, że wolał sam masować sobie dłonie, niż żebym ja to czyniła. Zdarzało się też, że odbierał mi z rąk gąbkę czy szczoteczkę i dotykał nią dłoni lub policzków matki. Pozwalałyśmy mu na to. Potem odkryłam, że dla odmiany bardzo lubi, aby masować mu brzuszek i plecki. Dlatego zmieniłam wobec niego postępowanie i często zaczynałam masaż od brzuszka, pleców, a nawet stóp, kończąc na dłoniach. Łatwiej wówczas akceptował mój dotyk. Wciąż jednak niechętnie poddaje się masażowi dłoni. Nie lubi też, gdy się dotyka jego głowy i twarzy, zwłaszcza podczas smarowania kremem. Zaczął jednak akceptować dotykanie jego nosa (przy wycieraniu go chusteczką).

Chłopca charakteryzuje także pewna nadwrażliwość słuchowa. Nadal zatyka uszy, słysząc pisk, brzęczenie, wiercenie lub inne nieprzyjemne hałasy. Nie pozwala włączyć w domu radia i magnetofonu, choć toleruje je na zajęciach i w samochodzie. Nie przeszkadza mu natomiast włączony telewizor. Źle znosi hałas w grupie. Czyjś krzyk i płacz sprawiają, że ucieka w kąt i wycofuje się z kontaktu. Raz nawet próbował uderzyć dziecko, które na zajęciach głośno płakało. Mateusz ma bardzo dobre wyczucie rytmu, o czym przekonał nas niedawno, gdy podczas odtwarzania Pierwszego Programu Aktywności nie chciał ćwiczyć, ale na otrzymanym tamburynie wystukał poprawnie rytmicznie wszystkie motywy melodyczne. Na ostatnich dwóch zajęciach zaskoczył nas również dziwnym zachowaniem. Słuchał Programu aktywności z uchem niemal „przylepionym” do głośnika magnetofonu. Być może informuje nas w ten sposób o zapotrzebowaniu na szczególnego rodzaju bodźce słuchowe lub wibracyjne. Wymaga to dokładniejszego rozpoznania.

Nadal nie zaobserwowano u Mateusza większych zmian pod względem wrażliwości smakowej i węchowej. Chłopiec zjada jedynie wybrane rzeczy i to tylko przez pewien czas, np. przez

dwa tygodnie je tylko zupę pomidorową. Dlatego podczas stymulacji zwykle odmawia spożycia podawanego pokarmu, chociaż często samodzielnie np. nabiera go na łyżeczkę i podaje mamie. Kilka razy brał coś do ust, lecz zwykle wypluwał. Tylko jeden raz w ciągu już ponad rok trwającej terapii zjadł proponowany pokarm – zmielone orzeszki z miodem – ale trudno było z jego reakcji odczytać, czy mu to smakowało. Mateusz cofa się, gdy mu się przystawia do nosa ostre zapachy. Wprawdzie wącha inne, ale trudno powiedzieć, w jakim stopniu je rozróżnia i zapamiętuje.

Obserwowanie rozwoju Mateusza sprawia wszystkim pracującym z nim terapeutom ogromną radość. Pozytywne zmiany, jakie w minionym roku zaszły w jego zachowaniu, w umiejętności koncentracji uwagi, w poziomie aktywności na zajęciach, w nawiązywaniu kontaktu, w mowie, w małej i dużej motoryce i w innych obszarach nie są wyłącznie skutkiem udziału w terapii metodą Knillów z elementami stymulacji polisensorycznej, ale wypadkową wielu różnorodnych działań, na które składa się i uczestnictwo w innych zajęciach terapeutycznych, i edukacja przedszkolna, i praca rodziców z dzieckiem w domu. Mimo że obecnie aktywność Mateusza na zajęciach pogorszyła się i nadal występują dysfunkcje w działaniu kanałów sensorycznych, niemniej uważam, że posiada on duży potencjał rozwojowy i jest w stanie przezwyciężyć obecne trudności.

Załączniki

Przykładowy scenariusz terapii metodą Knillów z elementami stymulacji polisensorycznej

Święta Bożego Narodzenia[4]

1. Przygotowanie do zajęć.
   Dzieci siadają wraz z rodzicami w kręgu na kocach.
2. Lampka zapachowa.

a) Węch – zapach świerkowy.
b) Wodzenie wzrokiem za źródłem światła – śledzenie wzrokiem świeczki palącej się w lampce, podczas gdy terapeuta przesuwa ją przed oczami dziecka.
c) Czucie temperatury – badanie dotykiem ciepłych (rozgrzanych, np. okolice zbiorniczka na olejek zapachowy) i zimnych (nierozgrzanych, np. spód) fragmentów lampki zapachowej.
d) Zdmuchiwanie ognia w lampce.

3. Masaż dłoni.

a) Różnicowanie szorstki – gładki.
   Masaż dłoni na przemian gąbką gładką i miękką oraz gąbką szorstką i twardą. Masażowi towarzyszy piosenka powitalna. Po jej zakończeniu dziecko wybiera gąbkę, jaką chce być jeszcze wymasowane. Terapeuta pyta dziecko o doznania lub sam je nazywa odpowiednio do aktualnie używanej gąbki.

4. Chusta.

a) Zakrywanie siedzącego dziecka białą chustą i wołanie po imieniu: „Gdzie jesteś...?”. Dziecko, które na dźwięk swego imienia odkrywa chustę, jest nagradzane oklaskami.
b) Pytanie o kolor chusty lub wprowadzenie do słownika dziecka słowa „biały”.

5. Gałązka świerku.

Dzieci oglądają, dotykają i wąchają gałązkę świerku.

6. Dzwoneczek.

a) Terapeuta podchodzi do dziecka z małym blaszanym dzwoneczkiem i dzwoni nim przy jego prawym i lewym uchu.

b) Dziecko otrzymuje dzwoneczek i dzwoni samo, naśladując terapeutę. Lepiej funkcjonującym dzieciom można też wydawać polecenia, aby zadzwoniły przy określonym (prawym bądź lewym) uchu albo zapytać, gdzie jeszcze jest dzwonek (w okresie Bożego Narodzenia dzieci często kojarzą dzwoneczki ze Świętym Mikołajem lub sankami).

7. Śnieg i woda.

a) Różnicowanie ciepło – zimno.

Dzieci moczą dłonie na zmianę w misce z ciepłą wodą, a następnie w misce ze śniegiem. Śnieg rozcierają w dłoniach; patrzą, jak się topi. Wprowadza się (jeśli nie istnieją w słowniku dziecka) pojęcia „ciepły", „zimny". W wypadku śniegu powtarza się także nazwę koloru.

8. Smak.

a) Słodki.

Dzieci nabierają łyżeczką odrobinę miodu zmieszanego z mielonymi orzechami.

9. Zakończenie zajęć.

Śpiewamy wspólnie piosenkę na pożegnanie.

Arkusz oceny zachowania dziecka na zajęciach

mgr Luiza M. Bożek
Toruń

Data zajęć: .....
Imię i nazwisko dziecka: .....

Stymulacja polisensoryczna

I. Lampka zapachowa

1. reakcja na widok ognia ..... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4
2. wodzenie wzrokiem za źródłem światła ..... 0 +1+2 +3 +4 +5 +6
3. reakcja dotykowa na temperaturę ..... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4
4. reakcja na zapach ..... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4

II. Masaż

1. dotykanie dłoni ..... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4
2. dotykanie twarzy ..... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4
3. dotykanie dłoni ..... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4
4. dotykanie twarzy ..... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4
5. masaż (czym?) wybranej części ciała (jakiej?)... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4
6. masaż (czym?) wybranej części ciała (jakiej?)... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4
7. zainteresowanie piosenką powitalną ..... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4

III. Chusta

1. reakcja na nakrycie chustą ..... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4
2. reakcja na kolor chusty ..... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4

IV. Instrument muzyczny

1. reakcja na dźwięk instrumentu ..... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4
2. naśladowanie gry ..... 0 +1+2 +3 +4 +5 +6

V. Bodźce dotykowe

1. zabawy dłońmi w ..... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4
2. zabawy dłońmi w ..... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4
3. zabawy dłońmi w ..... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4
4. zabawy dłońmi w ..... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4

VI. Bodźce smakowe

1. spożywanie ..... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4
2. spożywanie ..... –4 –3 –2 –1 0 +1 +2 +3 +4

VII. Różnicowanie bodźców

1. różnicowanie części ciała ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
2. różnicowanie głośno – cicho ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
3. różnicowanie twardy – miękki ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
4. różnicowanie szorstki – gładki ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
5. różnicowanie ciepły – zimny ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
6. różnicowanie mokry – suchy ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
7. różnicowanie lepki – nielepiący się ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
8. różnicowanie drobnoziarnisty – gruboziarnisty ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
9. różnicowanie gruby – chudy ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
10. różnicowanie mały – duży ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
11. różnicowanie ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
12. różnicowanie ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6

VIII. Aktywność i kontakt na zajęciach

1. ogólny stopień koncentracji uwagi ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
2. zdolność do cierpliwego czekania na swą kolej ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
3. nawiązywanie kontaktu wzrokowego z prowadzącym ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
4. nawiązywanie kontaktu werbalnego z prowadzącym ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
5. nawiązywanie kontaktu dotykowego z prowadzącym .... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6

Program Aktywności Knillów

1. ogólny stopień koncentracji na wykonywaniu ćwiczeń .... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
2. nawiązywanie współpracy z osobą wspomagającą ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
3. dostosowanie reakcji do komunikatu muzyczno-słownego .. 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
4. naśladowanie
   - a) ruch kołysania ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - b) klaskanie w ręce ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - c) wymachiwanie rękoma ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - d) klepanie się po policzkach ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - e) klepanie się po łokciach ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - f) ruszanie paluszkami u rąk ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - ag) pocieranie dłoni ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - ah) zaciskanie dłoni ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - ai) zginanie rąk ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - aj) klepanie się po głowie ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - ak) klepanie się po brzuchu ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - al) klapanie się po udach ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - am) klepanie się po kolanach ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - an) klepanie się po palcach u nóg ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - ao) pocieranie stopą o stopę ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - ap) ruszanie paluszkami u nóg ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - aq) wiosłowanie ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - ar) przewracanie się ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - as) leżenie na plecach ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - at) leżenie na brzuchu ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - au) machanie nogami ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - av) przewracanie się z pleców na bok ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - aw) przewracanie się z pleców na brzuch ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - ax) czołganie się ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - ay) chodzenie na czworakach ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - az) chodzenie na kolanach ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - aa) odpychanie się ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6
   - bb) przyciąganie się ..... 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6

Uwagi:

Kryteria oceny i oznaczenia skal dziewięciopunktowych

–4 – skrajnie negatywna reakcja na bodziec; silny gwałtowny sprzeciw, wyrywanie się, krzyk, płacz, odpychanie, aktywne unikanie bodźca, możliwe zachowania agresywne; trudności z uspokojeniem dziecka nawet po usunięciu bodźca, który takie reakcje wywołał

–3 – silna negatywna reakcja, ale nie tak gwałtowna i długotrwała jak wyżej, unikanie bodźca bez zachowań agresywnych; dziecko uspokaja się po usunięciu bodźca, który takie reakcje wywołał

–2 – umiarkowanie negatywna reakcja na bodziec; dziecko toleruje bodziec tylko przez krótki czas, widoczne jest niezadowolenie (grymas na twarzy, odsuwanie się od bodźca, werbalny protest)

–1 – słaba negatywna reakcja na bodziec; dziecko toleruje bodziec, choć widoczne jest jego niezadowolenie (grymas na twarzy, niechętne – z ociąganiem – poddawanie się działaniu bodźca, wyrażenie swojego niezadowolenia słowami)

–0 – reakcja obojętna; dziecko nie wykazuje żadnego zainteresowania bodźcem lub poddaje się działaniu bodźca, lecz z jego zachowania trudno odczytać, jaki ma do niego stosunek

+1 – słaba reakcja pozytywna; dziecko poddaje się działaniu bodźca okazując nieznaczne zadowolenie (lekki uśmiech, uspokojenie, rozluźnienie mięśni, skupienie uwagi na doznaniu)

+2 – umiarkowanie pozytywna reakcja; objawy radości, zadowolenia, odprężenia (okrzyk radości, uśmiech, rozluźnienie mięśni, słowne wyrażenie zadowolenia, wyrażenie zgody na możliwość ponownego kontaktu z bodźcem), pozytywne reakcje możliwe już na widok bodźca

+3 – silna pozytywna reakcja; dziecko wyraża radość lub zainteresowanie już na widok bodźca, chętnie poddaje się jego działaniu, samo domaga się powtórzenia z nim kontaktu i niechętnie z niego rezygnuje

+4 – skrajnie pozytywna reakcja na bodziec; dziecko wyraża entuzjazm już na jego widok, domaga się kontaktu z nim, nawet aktywnie poszukuje go lub jemu podobnych bodźców w otoczeniu, jest wyraźnie nadmiernie nim zaabsorbowane – trudno oderwać jego uwagę od bodźca, pojawia się gwałtowny protest przy próbie przerwania z nim kontaktu (krzyk, płacz, możliwe zachowania agresywne)

Kryteria oceny i oznaczenia skal siedmiopunktowych

–0 – dziecko w ogóle nie wykonuje danej czynności, czy to dlatego, że nie potrafi, czy też dlatego, że nie wykazuje nią żadnego zainteresowania lub po prostu nie chce jej wykonać i gwałtownie przeciwstawia się wszelkim próbom zmuszenia go do tego; w wypadku kontaktu: nie udaje się nawiązać z dzieckiem żadnego kontaktu, w wypadku umiejętności koncentracji uwagi: przeważnie trudności w koncentracji uwagi na jakimś elemencie

+1 – dziecko wykonuje daną czynność tylko przez krótką chwilę przymuszone przez opiekuna, który np. prowadzi jego ręce, jednak przeciwstawia się przymusowi, jest usztywnione, wyrywa się; w wypadku kontaktu: ma on charakter przypadkowy (np. pochwycenie spojrzenia dziecka na kilka sekund),
w wypadku umiejętności koncentracji uwagi: uwaga mimowolna – dziecko potrafi skoncentrować się przez krótki czas na tym, co je zainteresuje lub wiąże się z aktualnymi potrzebami

+2 – dziecko wykonuje daną czynność nieporadnie lub/i niechętnie kierowane przez opiekuna, może być usztywnione; w wypadku kontaktu: rzadki, krótkotrwały kontakt wzrokowy bądź dotykowy; w wypadku umiejętności koncentracji uwagi: dominuje uwaga mimowolna, uwaga krótkotrwała

+3 – dziecko biernie poddaje się opiekunowi, który kieruje wykonywaniem czynności (np. ruchem jego rączek); w wypadku kontaktu: momenty dobrego kontaktu zdarzają się równie często jak momenty aktywnego unikania go, czy nawet „wyłączania się”, gdy dziecko posługuje się mową, udziela krótkich, prostych odpowiedzi na pytania, jest bierne; w wypadku umiejętności koncentracji uwagi – dziecko wymaga ukierunkowania uwagi, łatwo się rozprasza

+4 – opiekun inicjuje ruch, ale dziecko jest już zdolne do samodzielnego kontynuowania czynności, choć może jeszcze

czynić to mało sprawnie; w wypadku kontaktu: częściej udaje się go nawiązać, choć zdarzają się momenty unikania kontaktu bądź „wyłączania się”, inicjatorem kontaktu jest terapeuta; w wypadku umiejętności koncentracji uwagi – dziecko potrafi skoncentrować się na danej czynności przez dłuższy czas, ale zdarzają się momenty dekoncentracji, podatne jest na dystraktory

+5 – dziecko wykonuje czynność całkowicie samodzielnie, choć może być jeszcze mało sprawne; w wypadku kontaktu: dziecko poprawnie nawiązuje kontakt wzrokowy, dotykowy czy werbalny, przejawia inicjatywę; w wypadku umiejętności koncentracji uwagi – dobra umiejętność koncentracji uwagi, rzadsze momenty dekoncentracji

+6 – dziecko wykonuje czynność całkowicie samodzielnie i poprawnie, z wyraźnym zadowoleniem, dobrze radząc sobie z różnymi modyfikacjami i utrudnieniami; w wypadku kontaktu: samodzielnie go inicjuje, wyraźnie dąży do niego, podtrzymuje go; w wypadku umiejętności koncentracji uwagi – bardzo dobra umiejętność koncentracji uwagi, nie obserwuje się momentów dekoncentracji

Bibliografia

Delacato C. H. (1995), *Dziwne niepojęte. Autystyczne dziecko*, Fundacja „Synapsis", tłum. M. Główczak, Warszawa.

Knill C., Knill M. (1995), *Programy aktywności – świadomość ciała, kontakt, komunikacja*, tłum. M. Piszczek, CMPPP MEN, Warszawa.
Kufel R., Kufel P., Kielin J. (2000), *Poranny krąg, czyli stymulacja polisensoryczna według pór roku* [w:] *Rozwój daje radość*, red. J. Kielin, GWP, Gdańsk.

Olechnowicz H. (1995), *List do seminarzystek*, „Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego", nr 1, CMPPP MEN, s. 5–16.
Olechnowicz H. (2004), *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*, WSiP, Warszawa.

Pisula E. (2000), *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, PWN, Warszawa.
Piszczek M. (1995), *Norweskie programy pracy z dziećmi niepełnosprawnymi* (M. Knill, Ch. Knill, *Programy Aktywności – Świadomość Ciała, Kontakt i Komunikacja*; Ch. Knill, *Dotyk i Komunikacja*), „Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego", nr 1, CMPPP MEN, s. 86–88.

---

1 Luiza Bożek jest psychologiem, absolwentką Uniwersytetu Adama Mickiewicza
w Poznaniu. Pracuje w Toruniu jako szkolny psycholog w Zespole Szkół nr 8 oraz jako doradca zawodu w Centrum Informacji i Planowania Kariery Zawodowej. Niemal od początku swojej pracy zawodowej związana jest również z Krajowym Towarzystwem Autyzmu Oddział w Toruniu, gdzie zajmuje się diagnostyką oraz prowadzi zajęcia terapeutyczne metodą Knillów z elementami stymulacji polisensorycznej. Kontakt e-mail: sprigan@interia.pl

2 Wielu naszych małych klientów pochodzi z miejscowości znacznie oddalonych od ośrodka, a ich rodzice nie zawsze dysponują czasem, środkiem lokomocji czy odpowiednimi funduszami, aby móc dojechać na zajęcia. Niestety, władze lokalne czasem nie potrafią dostrzec konieczności udzielenia konkretnego wsparcia takim rodzinom. Najbardziej poszkodowane są wtedy, oczywiście, dzieci.

[3] Dziękuję Mamie Mateusza za zgodę na przedstawienie w tym artykule jego przypadku i za udzielenie wszelkich pomocnych dodatkowych informacji.

[4] Temat ten był realizowany w okresie Bożego Narodzenia. Jest to scenariusz ogólny. Sposób realizacji poszczególnych punktów jest dostosowywany do potrzeb i możliwości każdego z uczestników.

Jacek Błeszyński

Wykorzystanie metody Ruchu Rozwijającego w terapii dziecka z głębokimi deficytami rozwojowymi – autystycznego[1]

Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych metod terapii ogólnorozwojowych w Polsce. Znalazła zastosowanie w pracy z dziećmi przejawiającymi różnorodne dysfunkcje zarówno jako oddziaływanie terapeutyczne, jak również element pracy z dziećmi na różnych zajęciach (np. na lekcjach wychowania fizycznego, w ramach relaksacji).

Niewątpliwie, osoby pracujące tą metodą fascynuje niekonwencjonalne, wieloaspektowe podejście do rozwoju dziecka, z jednoczesnym poszanowaniem jego indywidualności. Pozwala to na pełną akceptację tych zajęć zarówno przez dzieci, jak i rodziców (opiekunów) biorących czynny udział w zajęciach. Dzięki tym walorom metoda Ruchu Rozwijającego jest od wielu lat wykorzystywana w terapii jako samodzielna lub zintegrowana z innymi część zajęć prowadzonych w przedszkolach i szkołach.

Sherborne oparła swoją metodę na założeniach gimnastyki ekspresyjnej (nazywanej też gimnastyką twórczą bądź artystyczną) opracowanej przez Labana. Dostosowanie do możliwości i potrzeb dzieci niepełnosprawnych (na początku upośledzonych umysłowo) pozwoliło na wykorzystanie jej w

celach terapeutycznych. Przedstawienie historii i obecnych trendów wykorzystania metody Ruchu Rozwijającego niewątpliwie pozwoli na szersze ukazanie nie tylko koncepcji terapii ruchem, ale i kreatywności i polepszenia komunikatywności, jakie są jej efektem.

Ujęcie historyczne – gimnastyka ekspresyjna Rudolfa Labana

R. Laban (1879–1958) był autorem jednej z najoryginalniejszych metod kształtowania poczucia ruchu poprzez rozbudzanie u człowieka wrodzonego popędu do „samowyrażania" się. Czynnikami inspirującymi dla tego rodzaju aktywności stały się: muzyka, rytm oraz taniec (The New..., 1987; The Dance..., 1988; Gniewkowski, 1983).

Na nietypowość koncepcji gimnastyki ekspresyjnej niewątpliwie miał wpływ szeroki krąg zainteresowań R. Labana, który był z zawodu architektem. Zdobył również wykształcenie w zakresie muzykologii, tańca i malarstwa. Pozwoliło mu to na opracowanie kinetografii (Kinetographie Laban) – zapisu ruchu w formie symboli graficznych odwzorowujących przestrzeń, czas i ciągłość ruchu – Principles of Dance and Movement Notation – Anglia 1956 (Bogdanowicz, Kisiel, Przasnyska, 1992), który następnie został wykorzystany w wychowaniu fizycznym w formie tak zwanych chórów ruchowych. Laban jest autorem systemu kodowania choreografii, uwzględniającego w zapisie ruch, gest, mimikę, pantomimę, prezentację stanów emocjonalnych – tzw. Labanotation, na tle muzyki. (por. The New..., 1987). W kręgu zainteresowań Labana znalazła się ekspresja przy inscenizacji piosenek, wierszy, jak również pantomimy (odtwarzanie ruchem zdarzeń i obrazów) oraz muzyki tworzonej w trakcie zajęć (otwarte lub zamknięte zadania ruchowe, nauka tańca i zabawa taneczna oraz improwizacja z przedmiotami). Głównym założeniem gimnastyki jest eliminacja zachowań odtwórczych, które ograniczają ekspresyjność i indywidualizm jednostki, na rzecz intensyfikacji empatycznego, twórczego działania człowieka. Ruch rozumiany jest jako opanowanie własnego ciała, zrozumienie i kreowanie empatycznych form reagowania, ma to służyć

kształtowaniu twórczych i niekonwencjonalnych postaw ludzi. Działania te przez motywowanie do podejmowania działalności ruchowej zmierzają do indywidualizacji i autoekspresji (Gniewkowski, 1983).

Metodę Labana cechuje swoboda toku zajęć, co wymaga ciągłego zaangażowania ze strony nauczyciela (trenera), wsłuchiwania się w propozycje oraz potrzeby prowadzonej grupy. Niekonwencjonalność podejścia umożliwia wykorzystanie różnorodnych przyborów jako pomocy oraz łatwe dostosowanie się do warunków lokalowych.

Metodykę gimnastyki artystycznej oparto na możliwościach uwzględniających etapy rozwoju człowieka oraz przebieg faz socjalizacji – od egocentryzmu do otwarcia się na środowisko, od pełnego indywidualizmu do kreatywnego uspołecznienia, ale nie konformizmu. Zgodnie z fazowością rozwoju człowieka, autor wyróżnił 16 następujących po sobie etapów. Na każdym uczestnik zajęć przechodzi odpowiednie ćwiczenia (poniżej zostanie zaprezentowanych sześć przykładowych):

1. wyczucie przestrzeni wokół własnego ciała – ćwiczenia związane z poznaniem i doskonaleniem ruchów własnego ciała (partii ciała, prędkości oraz otwartości);
2. wyczucie przestrzeni własnego ciała w otaczającym środowisku – świadomość przestrzenna budowy własnego ciała i układu odniesienia w przestrzeni (zgodnie z etapami rozwoju od poziomu – podłoża, do pionu – ruchu na wysokości);
3. świadomość aktywności i szybkości ruchu poszczególnych części ciała – poczucie ciała (możliwość wykonywania ruchów o różnym nasileniu pod względem siły, szybkości, zwinności);
4. doskonalenie płynności ruchu – ćwiczenia ruchów lokomocyjnych w formie zabawy (kierowanie ruchami, opracowywanie układów ruchów);
5. współdziałanie z partnerem, a następnie z grupą (wspólne wykonywanie układów ruchowych, ze szczególnym zwróceniem uwagi na kierunek, szybkość reakcji);

6. użycie własnego ciała jako narzędzia (szczególnie gestów – określanych przez autorów jako utylitarnych) w różnych czynnościach (Gniewkowski, Wlaźniak, 1990, 1991).

W celu uporządkowania prowadzonych zajęć oraz przeciwdziałania ewentualnemu chaosowi została opracowana osnowa zajęć, która ma wspierać uczestników w podejmowanych działaniach oraz zapewnić im poczucie bezpieczeństwa, a tym samym zintensyfikować ich kreatywność. Przykładem takiej osnowy może być układ zajęć zaprezentowany przez Gniewkowskiego i Wlaźniak (1990): 1. orientacyjno-porządkowe; 2. zabawa ożywiająca; 3. wyczucia przestrzeni; 4. płynności ruchów w napięciu i rozluźnieniu; 5. wyczucia przestrzeni; 6. wyczucia własnego ciała; 7. wyczucia własnego ciała; 8. współpraca z partnerem; 9. wyczucia własnego ciała; 10. współpraca z partnerem; 11. współpraca z partnerem; 12. wyczucia czasu; 13. zakończenie.

Założenia gimnastyki ekspresyjnej zostały wykorzystane przez Sherborne do opracowania metody Ruchu Rozwijającego. Do zasadniczych założeń tej metody należy zaliczyć **podejście psychofizjologiczne**. Pozwala ono nie tylko rozwijać już ukształtowane umiejętności i sprawności, ale również dzięki percepcji parcjalnej różnorodnych bodźców przejść przez kolejne etapy rozwoju – co jest szczególnie istotne przy zaburzonym, nieharmonijnym lub zahamowanym rozwoju.

Kolejną przesłanką, mającą niewątpliwy wpływ na powszechność metody Ruchu Rozwijającego, jest wykorzystanie **naturalnej ekspresji ruchowej**, która w procesie rozwoju poznawczego pozwala na wchodzenie w interakcje. Brak dyrektywnego sposobu działania w prowadzonej terapii pozwala na odnalezienie indywidualnych predyspozycji psychofizycznych, które w sposób znaczący kształtują emocjonalny, wolicjonalny i intelektualny rozwój człowieka. Osobiste doświadczenie **różnorodnych aspektów ruchu ludzkiego** pozwala na uświadomienie sobie przez ćwiczących posiadania poszczególnych części ciała oraz możliwości ich użycia (kierunku, sposobu, siły).

Sherborne (1997) wyróżnia trzy aspekty ruchu ciała ludzkiego dotyczące świadomości części ciała, kierunków ich ułożenia oraz sposobu poruszania nimi (przepływu energii, przestrzeni, czasu lub cechy). Takie przedstawienie ruchu ciała ludzkiego pozwala na określenie kierunku dokonujących się zmian w rozwoju jednostki, od rozwoju fizycznego do kształtowania osobowości. Zaangażowanie osób biorących udział w terapii grupowej wpływa na kształtowanie się u nich prawidłowych zachowań.

Zgodnie z założeniami metody szczególną uwagę zwraca się na rozwój psychofizyczny jednostki, komunikacji, inwencji twórczej; modyfikowanie zachowań przez uczestnictwo w grach i zabawach (Przasnyska, 1989). W metodzie wykorzystano **gry i zabawy** jako formy prymarne w kształtowaniu kontaktów z dzieckiem (Okoń, 1987). Tak zorganizowane działania pozwalają w sposób prosty, dzięki kontaktowi fizycznemu, nawiązać więź z drugą osobą, podtrzymać i prowadzić do wzbudzania inwencji własnej dziecka. W metodzie Ruchu Rozwijającego ważną rolę pełni trener – tu raczej przewodnik **osoby wspomagającej**, której zadaniem jest wykonywanie ćwiczeń z osobą poddawaną terapii. Z założenia jest to osoba najbliższa, gwarantująca poczucie bezpieczeństwa, stabilizacji (najczęściej rodzic – matka). Metoda Sherborne, w odróżnieniu od gimnastyki ekspresyjnej, ukierunkowana jest przede wszystkim na zadania wspomagające rozwój jednostki, działania wobec osób przejawiających specyficzne potrzeby zarówno rozwojowe, jak i edukacyjne.

Na uwagę zasługuje również fakt ogólności metody, a tym samym możliwości **wieloaspektowego** jej stosowania wobec podopiecznych – dzięki czemu może być zastosowana w różnych formach jako metoda wspomagająca rozwój zróżnicowany pod względem potrzeb związanych ze specyfiką zaburzeń i wieku.

Metoda Ruchu Rozwijającego

System terapii opiera się na ruchu, eksploracji otoczenia, a następnie dążeniu do jego przekształcania, jako kreatywnego sposobu oddziaływania w procesie nawiązywania interakcji ze środowiskiem.

Dzięki wielopoziomowemu podejściu w kształtowaniu świadomości związanej z własnym ciałem możliwe jest wykorzystanie tej metody na lekcjach wychowania fizycznego. Wspomaganie rozwoju i funkcjonowania dziecka w wieku przedszkolnym i młodszoszkolnym może być poszerzone o elementy terapii dzieci przejawiających mikrouszkodzenia.

Opracowana przez Sherborne metoda jest niewątpliwie efektem wyniesionych przez nią doświadczeń wynikających ze współpracy z Labanem. Wykorzystując doświadczenie pedagogiczne w pracy z osobami prawidłowo funkcjonującymi oraz niepełnosprawnymi, przejawiającymi różne dysfunkcje rozwojowe (zarówno parcjalne, jak i sprzężone), dostosowała metodę ćwiczeń ekspresyjnych do ich możliwości. Dzięki prostocie i bazowaniu na kontakcie fizycznym możliwe stało się zastosowanie tej metody w różnorodnych warunkach (np. w wodzie), a także w różnorakiej formie (powstały jej modyfikacje, np. z wykorzystaniem muzyki, światła). Uniwersalizm, jak również powszechność stosowania wysoko plasują metodę Ruchu Rozwijającego, która wspomaga rozwój dziecka, opierając się na najbardziej naturalnej dla dziecka formie aktywności – na zabawie.

Weronika Sherborne (1922–1990) była z wykształcenia nauczycielką wychowania fizycznego, instruktorką tańca i fizjoterapeutką. Spotkanie z Labanem wywarło trwały ślad na jej dalszym rozwoju i działalności pedagogicznej. Odrzuciła propozycję R. Labana, aby pracować z nim jako jego asystentka. Prowadziła kursy w Exter w Withymead Rehabilitation Center,

wykorzystując własne doświadczenie z pracy z dziećmi niepełnosprawnymi oraz wiedzę zdobytą w trakcie szkoleń, między innymi u Labana. Po zapoznaniu się z problematyką rehabilitacji dzieci upośledzonych umysłowo Sherborne ukierunkowała swoje zainteresowania na intensyfikację rozwoju tych dzieci poprzez ruch. Dzięki empatii i dobremu kontaktowi z osobami niepełnosprawnymi udało jej się zastosować swoje doświadczenia w pracy terapeutycznej z dziećmi upośledzonymi o różnym stopniu dysfunkcji oraz zaangażować opiekunów tych dzieci do czynnego uczestniczenia w zajęciach. Dzięki działalności W. Sherborne Bristol stał się nieformalnym centrum szkolenia metodą Ruchu Rozwijającego, które zostało przekształcone po śmierci twórczyni w Sherborne Fundation U.K. The Sherborne Center – instytucję o zasięgu międzynarodowym, która ma za zadanie organizowanie kursów specjalistycznych i propagowanie metody Ruchu Rozwijającego.

Pierwsze doświadczenia w Polsce zainicjowane zostały dzięki podjęciu współpracy przez ówczesne Ministerstwo Edukacji Narodowej z British Council, co umożliwiło zorganizowanie na terenie naszego kraju szkolenia przy współudziale Sherborne i jej najbliższych współpracowników – George'a Hilla, Anny Leonard (Bogdanowicz, Kisiel, Przasnyska, 1992, 1996). Zgodnie z założeniami twórczyni, wykorzystanie metody ma służyć wspomaganiu rozwoju dzieci z zaburzeniami intelektualnymi, deficytami parcjalnymi, rozwojowymi i emocjonalnymi, a tym samym szkolenia przewidziane były przede wszystkim dla nauczycieli pracujących z dziećmi niepełnosprawnymi (w szkołach specjalnych), prowadzących zajęcia wychowania fizycznego, rehabilitantów oraz studentów pedagogiki i psychologii. Po wykształceniu rodzimej kadry – Bogdanowicz, Kisiel, Przasnyskiej i Wilkołazkiej – powstały pierwsze w języku polskim publikacje propagujące metodę w środowisku nauczycielskim, między innymi w czasopiśmie „Scholasticus". W 1992 roku ukazała się pierwsza publikacja zwarta poświęcona pracy tą metodą pod redakcją wspomnianych autorek. Przy współpracy z Polską Fundacją Zaburzeń Mowy w Lublinie (obecnie Fundacja ORATOR) powstał

pierwszy film instruktażowy, składający się z trzech części, wykorzystany w trakcie organizowanych szkoleń dla terapeutów pragnących pracować tą metodą. W British Council w Warszawie były udostępniane filmy z nagraniami zajęć prowadzonymi przez W. Sherborne (obecnie przekazano je do jednego z instytutów naukowych).

Przasnyska, dyrektor przedszkola dla dzieci upośledzonych umysłowo, wprowadziła jako jedna z pierwszych metodę Ruchu Rozwijającego w podległej sobie placówce, skąd ruch sherbornowski emanował na przedszkola warszawskie (Zgondek, 1998). Polscy terapeuci zaprezentowali swoje osiągnięcia podczas międzynarodowej konferencji, która odbyła się w Belgii w 1992 roku (Bogdanowicz, 1993). Zostały tam przedstawione osiągnięcia Bogdanowicz w zakresie oceny efektywności pracy metodą Ruchu Rozwijającego oraz Skala Obserwacji Zachowań (M. Bogdanowicz i E Lubianiec). Kisiel i Wilkołazka zaprezentowały cykl autorskich warsztatów przygotowujących do prowadzenia terapii metodą Ruchu Rozwijającego, w tym również jej wykorzystania w trakcie prowadzonych treningów interpersonalnych. Kolejnym krokiem było przetłumaczenie na język polski książki W. Sherborne pt. Ruch rozwijający dla dzieci (1997). Prowadzone są cyklicznie kursy na poziom I, II metody Ruchu Rozwijającego w Warszawie (Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN) i w Gdańsku (Polskie Towarzystwo Dysleksji oraz Centrum Doskonalenia Nauczycieli). W ubiegłym roku została opublikowana z inicjatywy Bogdanowicz i Kasicy (2003) przeglądowa praca, w której obok ukazania efektywności wykorzystania Ruchu Rozwijającego, w aneksie zawarte zostały najnowsze opracowania kwestionariuszy służących do analiz statystycznych uzyskiwanych wyników prowadzonej terapii.

Zastosowanie metody Ruchu Rozwijającego

Metoda Ruchu Rozwijającego, dzięki swojemu indywidualnemu podejściu, pozwala na przejście przez kolejne etapy rozwojowe. W sposób szczególny została ona wykorzystana przez Sherborne w pracy z dzieckiem upośledzonym umysłowo, a następnie dostosowana do innych zaburzeń. W monografii metody (Bogdanowicz i in., 1992) przedstawiono jej zastosowanie w wypadku dzieci upośledzonych umysłowo, autystycznych, z mózgowym porażeniem dziecięcym, z zaburzeniami emocjonalnymi i w zachowaniu, głuchych i niewidomych oraz z ośrodków opiekuńczych (pozarodzinnych środowisk wychowawczych, np. domy dziecka itp.). Metoda ta z dobrymi efektami ma swoje zastosowanie w terapii psychologicznej, pedagogicznej oraz logoterapii takich zaburzeń, jak: jąkanie dziecięce (Bogdanowicz, 1990), mutyzm selektywny (Sherborne, 1997). Również wykorzystuje się ją w kształceniu przedszkolnym i wczesnoszkolnym, mającym za zadanie kształtowanie prawidłowych relacji społecznych i stymulowanie rozwoju. Dzięki prowadzonym kursom kształcącym terapeutów metoda ta jest wykorzystywana w ośrodkach służby zdrowia i oświatowych, a przede wszystkim w tworzonych ośrodkach wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju. Jej elementy zaczęto wykorzystywać w pracy z młodzieżą i dorosłymi, np. w wypadku autyzmu.

Możliwość zastosowania i analiza efektywności pracy z różnymi dysfunkcjami rozwojowymi przedstawione zostały w książce pod redakcją Bogdanowicz i Kasicy (2003). W wypadku dziecka autystycznego również zwrócono na nie uwagę w artykułach Sekułowicz (2003), która akcentowała możliwość wprowadzania w interakcje oraz Szota (1997) wskazującego wpływ na rozwój psychofizyczny poddanych terapii.

Badania nad efektywnością metody Ruchu Rozwijającego w pracy z dzieckiem autystycznym

Celem prowadzonych badań było dokonanie analizy wpływu metody Ruchu Rozwijającego na rozwój osób autystycznych, a tym samym efektywności prowadzonych oddziaływań. Problemy badawcze dotyczyły następujących[2] aspektów:

1. Czy występuje wpływ oraz jak jest on ukierunkowany na osoby autystyczne?
2. Czy wiek osoby autystycznej ma wpływ na osiągane efekty w pracy terapeutycznej?
3. Czy okres uczestnictwa w terapii jest czynnikiem modelującym uzyskiwane efekty?

W celu uzyskania odpowiedzi na powyższe problemy badawcze przeprowadzono eksperyment pedagogiczny z pretestem i posttestem prowadzony jednocześnie w dwóch ośrodkach terapeutycznych (Brzeziński, 2000). Techniką badawczą były Skale Obserwacji Zachowań (SOZ) dzieci i rodziców M. Bogdanowicz (2003), z których wykorzystano w niniejszych badaniach Skalę SOZ-D dla dzieci. Do niniejszej prezentacji wykorzystano jedynie materiał uzyskany od osób uczestniczących w terapiach w latach 2001–2003 z założeniem, że uczestniczyły one w nich w wymiarze 45 minut co najmniej raz w tygodniu.

Dokonano analizy 36 przypadków osób z autyzmem w wieku od 3. do 16. roku życia, które nie przejawiają dodatkowych zaburzeń w rozwoju, jak również uczestniczyły w większości prowadzonych zajęć. Mimo zaostrzonego kryterium w doborze grupy badanej, należało wziąć również pod uwagę wpływ innych terapii i prowadzonych równolegle oddziaływań, które miały za zadanie

usprawnianie osób z autyzmem. Aby zminimalizować zjawisko **nakładania się** oddziaływań zakwalifikowano do badań grupy ze Słupska i Torunia. Badania były prowadzone na przestrzeni dwóch lat i jak wcześniej zaznaczono, miały one początkowo charakter opisu zmian zachodzących w pracy z indywidualnym dzieckiem autystycznym, które następnie posłużyły do dokonania oceny wpływu metody na funkcjonowanie osób przejawiających zaburzenia autystyczne.

Średnia wieku osób biorących udział w I badaniu wynosiła 7,6, w II badaniu 9,4. Charakterystyczny dla tej grupy badanej był podział płci – 4 dziewczynki i 32 chłopców.

Dzięki współpracy z terapeutami możliwe było dokonanie analizy porównawczej zebranego materiału badawczego. Okazało się, że nie wystąpiły istotne rozbieżności w ocenie rozwoju osób poddanych terapii, dokonywanej przez terapeutów, rodziców, jak również sędziów kompetentnych. Uzyskane dane surowe zostały uśrednione, dzięki czemu możliwe jest dokonanie porównania uzyskanych wyników.

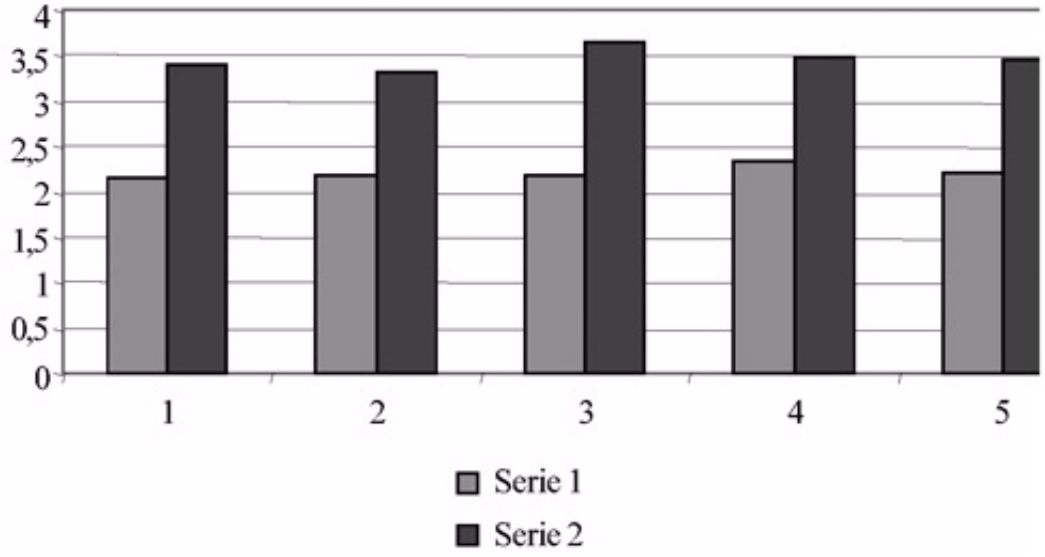
We wszystkich przypadkach badanych osób nastąpił rozwój w analizowanych funkcjach (podskalach). Może to świadczyć o wpływie na ich rozwój[3].

Tabela 1. Badania pretestoswe i posttestowe – badania ogólne z podziałem na podskale

podskalne badanie	rozwój poznawczy	rozwój emocjonalny	rozwój społeczny	rozwój ruchowy	rozwój ogólny
I	2,14	2,17	2,17	2,33	2,21
II	3,40	3,31	3,64	3,49	3,46
Różnica	–1,26	–1,14	–1,39	–1,16	–1,25

Źródło: opracowanie własne.

Histogram 1. Badania pretestowe i posttestowe – badania ogólne z podziałem na podskale



Legenda: 1, 2, 3, 4 – koleje badanie, 5 – średni rozwój ogólny.
Źródło: opracowanie własne.

Dokonując oceny wpływu metody Ruchu Rozwijającego na funkcjonowanie osób z autyzmem, możemy stwierdzić, że we wszystkich podskalach został odnotowany postęp w rozwoju (wyniki ujemne są konsekwencją dokonania różnicowania uzyskanych wyników przed przystąpieniem do prowadzenia terapii z uzyskanymi wynikami posttestowymi). Największe efekty można odczytać w skalach rozwoju społecznego i poznawczego.

Odstąpiono od podziału zmiennych na płeć, ze względu na małą liczebność dziewcząt (4) biorących udział w tych badaniach. Dokonano natomiast analizy wpływu wieku na uzyskiwane efekty w eksperymencie – w dwóch aspektach, wieku dziecka w momencie podjęcia terapii, jak również czasu prowadzenia terapii.

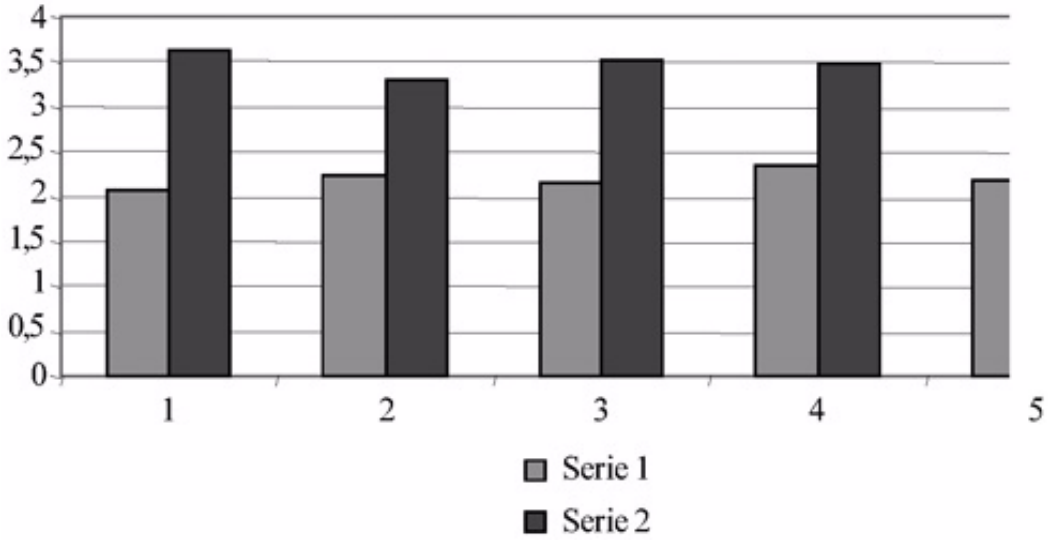
Kryterium dokonanego podziału zostało określone na 8. rok życia i powyżej, jako granicy wieku, w którym najczęściej dzieci z autyzmem mają kontakt z grupą rówieśniczą poprzez udział w zajęciach w klasie 0 lub w klasie I szkoły podstawowej.

Tabela 2. Badania pretestoswe i posttestowe w grupie wiekowej do 8. roku życia z podziałem na podskale

podskalne badanie	rozwój poznawczy	rozwój emocjonalny	rozwój społeczny	rozwój ruchowy	rozwój ogólny
I	2,06	2,23	2,16	2,34	2,19
II	3,62	3,28	3,51	3,48	3,47
Różnica	–1,56	–1,05	–1,35	–1,14	–1,28

Źródło: opracowanie własne.

Histogram 2. Badania pretestoswe i posttestowe w grupie wiekowej do 8. roku życia z podziałem na podskale



Legenda: 1, 2, 3, 4 – koleje badanie, 5 – średni rozwój ogólny.
Źródło: opracowanie własne.

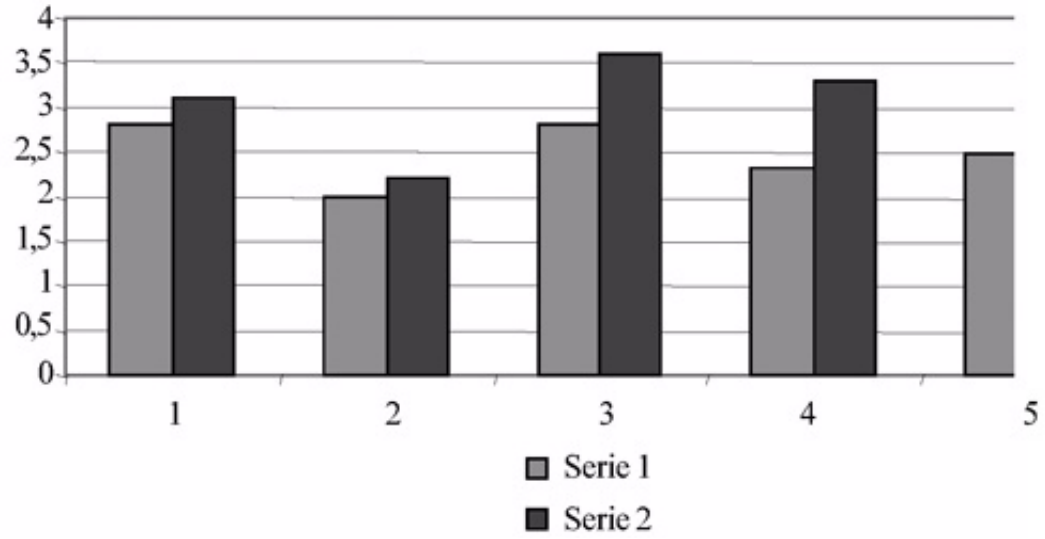
Dokonując analizy na podstawie tabeli 3, można stwierdzić, że nastąpił rozwój dzieci z autyzmem, w szczególności w skalach rozwoju poznawczego i społecznego. Badania wykazują, że rozwój wystąpił także w skalach poznawczej i emocjonalnej, co może świadczyć o nieharmonijnym, ale globalnym wpływie na funkcjonowanie dzieci z autyzmem.

Tabela 3. Badania pretestowe i posttestowe w grupie wiekowej powyżej 8. roku życia z podziałem na podskale

podskalne badanie	rozwój poznawczy	rozwój emocjonalny	rozwój społeczny	rozwój ruchowy	rozwój ogólny
I	2,80	2,00	2,80	2,31	2,48
II	3,10	2,20	3,60	3,30	3,05
Różnica	–0,30	–0,20	–0,80	–0,99	–0,57

Źródło: opracowanie własne.

Histogram 3. Badania pretestoswe i postestowe w grupie wiekowej powyżej 8. roku życia z podziałem na podskale



Legenda: 1, 2, 3, 4 – koleje badanie, 5 – średni rozwój ogólny.
Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki są znaczącą niższe od uzyskanych w badaniach ogólnych, jak również u dzieci powyżej 8. roku życia. W tych badaniach wykazano, że największy przyrost odnotowano w funkcjach w podskalach rozwoju ruchowego i społecznego, natomiast na bardzo niskim poziomie w skalach rozwoju poznawczego i emocjonalnego.

Dokonano również analizy uzyskiwanych efektów terapii w porównaniu longitudinalnym na przestrzeni 2 lat prowadzenia

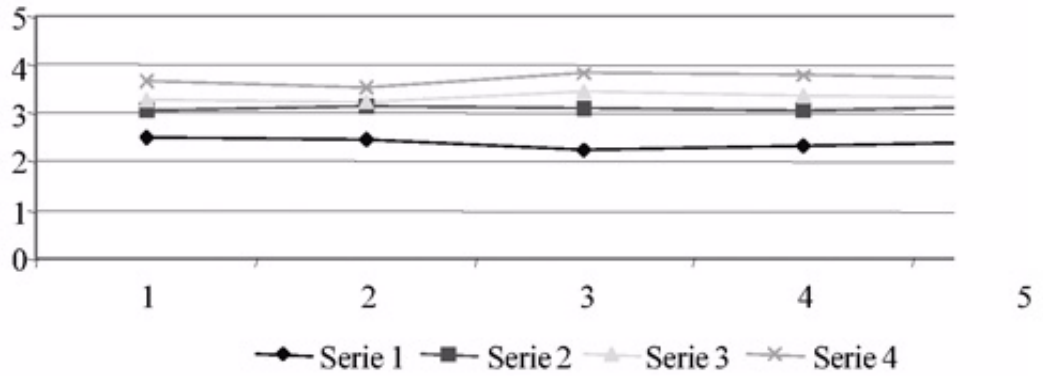
terapii i porównano uzyskane wyniki w poszczególnych podskalach.

Tabela 4. Badania longitudinalne porównujące rozwój umiejętności w poszczególnych skalach

podskalne badanie	rozwój poznawczy	rozwój emocjonalny	rozwój społeczny	rozwój ruchowy	rozwój ogólny	**Różnica**
I	2,47	2,45	2,24	2,29	2,41	**0**
II	3,03/–0,56	3,11/–0,66	3,08/–0,84	3,02/–0,61	3,11	**–0,7**
III	3,24/–0,21	3,22/–0,11	3,43/–0,35	3,34/–0,32	3,31	**–0,2**
IV	3,63/–0,39	3,51/–0,29	3,81/–0,38	3,77/–0,43	3,68	**–0,37**

Źródło: opracowanie własne.

Wykres 1. Badania longitudinalne porównujące rozwój umiejętności w poszczególnych skalach



Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone porównanie pozwala wskazać amplitudę zachodzących zmian w układzie longitudinalnym. Największe zmiany obserwujemy w pierwszym półroczu pracy z dzieckiem autystycznym i dotyczą one rozwoju społecznego oraz pozostałych na podobnym poziomie. W drugim półroczu następuje wolniejszy przyrost umiejętności w poszczególnych podskalach, z wyjątkiem rozwoju społecznego. Po kolejnym półroczu obserwujemy zwiększenie przyrostu umiejętności w poszczególnych podskalach,

jednak największą różnicę obserwujemy przede wszystkim w sferze ruchowej oraz poznawczej i społecznej.

Wyniki przedstawionych badań wykazują, że prowadzenie terapii metodą Ruchu Rozwijającego w pracy z osobami autystycznymi jest efektywne i przynosi najlepsze efekty w rozwoju funkcji społecznych i poznawczych. Jest to więc metoda przydatna i powinna być zalecana do pracy szczególnie z małymi dziećmi autystycznymi i przejawiającymi cechy autyzmu (autyzm atypowy zarówno pod względem czasu, jak i nasilenia występujących zaburzeń autystycznych). Dodatkowym atutem metody jest możliwość jej modyfikowania i dostosowywania do aktualnych potrzeb i możliwości rozwojowych osób poddanych terapii.

Uzyskane wysokie wyniki w rozwoju funkcji społecznych świadczą o możliwości podejmowania przez dzieci z autyzmem interakcji społecznych. Początkowo jest to intensyfikowanie kontaktów bezpośrednio z najbliższymi członkami rodziny (matką), a następnie poszerzanie kontaktów o kolejne osoby, jak również umożliwienie podpatrywania zachowań rówieśników biorących udział w terapii. Dlatego wskazane jest, aby tworzona grupa nie była homogeniczna pod względem autyzmu, ale otwierała się na uczestnictwo w niej rówieśników – rodzeństwa dzieci z autyzmem, a także dzieci przejawiających różnego typu zaburzenia odpowiednio dobrane do prowadzonej grupy.

Zaskakują niskie wyniki uzyskiwane w funkcji rozwoju emocjonalnego, która powinna być wspomagana kontaktem bezpośrednim w trakcie prowadzonych zajęć. Jednak biorąc pod uwagę specyfikę zaburzenia, jak również niejednorodność nasilenia i występowania zaburzeń rozwojowych, rozwój tej funkcji jest sprawą indywidualną.

Badania uwypukliły problem doboru technik badawczych. Jak słusznie zauważyła twórczyni Skali Obserwacji Zachowań (SOZ) dzieci i rodziców uczestniczących w zajęciach Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne, technika ta jest propozycją do prowadzenia badań, które jednak mogą dotyczyć osób z różnymi dysfunkcjami i zaburzeniami w rozwoju. Dlatego też stworzono

miejsce na skale specjalne – które w wypadku autyzmu powinny zostać uzupełnione.
W szerszych badaniach opieram się na stworzonej Skali Oceny Zachowań Autystycznych, która odnosi się do specyficznych zaburzeń i pozwala na bardziej precyzyjne określenie występujących trendów rozwojowych – co zostanie zaprezentowane przez autora artykułu w przygotowywanej publikacji zwartej. Niemniej na podstawie ogólnych badań rozwojowych można stwierdzić, że metoda ta ma zastosowanie w pracy z dzieckiem autystycznym, z zastrzeżeniem, iż będzie ona odpowiednio dostosowywana do specyficznych zaburzeń przejawianych przez osoby z autyzmem, a prowadzący zajęcia określi precyzyjnie cele, jakie pragnie osiągnąć w ramach prowadzonej terapii.

Innym spostrzeżeniem, na które warto zwrócić uwagę, jest rozkład longitudinalny efektów pracy z osobami autystycznymi. Metoda Ruchu Rozwijającego jest działaniem ukierunkowanym przede wszystkim na rozwój ogólny, co z założenia powinno przynosić harmonijny efekt pracy terapeutycznej. W wypadku autyzmu zauważalne jest ewoluowanie rozwoju osób z autyzmem, co może mieć swój związek np. z teorią Bettelheima, który ukazał autyzm w rozwojowym charakterze, tj. zgodnie z teorią Piageta wyodrębnił momenty krytyczne w rozwoju autyzmu. Przykładem przełomu w rozwoju, jaki obserwujemy niejednokrotnie, jest wiek około 4 lat, kiedy dziecko autystyczne przejawia zwiększone możliwości percepcji i przyswajania umiejętności funkcjonowania społecznego. Możemy odnieść się również do teorii umysłu Barona-Cohena (1997), w której autyzm we wczesnym dzieciństwie ujawnia się w trzech kategoriach:

1. zabawie z programowaniem, udawaniem,
2. współdzieleniem uwagi,
3. zainteresowaniem społeczeństwem i zabawą społeczną (Błeszyński, Bobkiewicz, 1997; Pisula, 2000).

Zgodnie z założeniem Barona-Cohena, u dzieci z autyzmem zaburzenia w powyższych kategoriach możemy już obserwować

od dziewiątego do dziewiętnastego miesiąca życia i są one diagnostyczne, co potwierdzają badania przeprowadzone na dzieciach autystycznych po trzydziestym miesiącu życia. Oddziaływanie terapią Sherborne pozwala już w najwcześniejszym okresie rozwoju dziecka wspomagać najbardziej zaburzone funkcje rozwojowe. Dzięki indywidualnemu podejściu oraz możliwości modyfikowania prowadzonych zajęć możliwe jest wprowadzanie elementów programowanego działania z elementami imitacji (np. zajęcia „przeciw"), jak również współdzielenia uwagi (np. zajęcia „z") oraz zainteresowania działaniem innych osób (np. zajęcia „razem"). Doświadczenia uzyskane podczas pracy z osobami autystycznymi wykazują, że dzięki prawidłowemu doborowi doświadczeń możliwa jest praca również nad ekspresją emocji i mimiką twarzy – co wydaje się podstawą kształtowania zachowań empatycznych i komunikacji pozawerbalnej.

Prowadząc terapie, powinniśmy wziąć pod uwagę następujące czynniki:

- **wiek dziecka** – im młodsze dziecko, tym bardziej efektywna staje się terapia;
- terapia Ruchu Rozwijającego jest najbardziej **efektywna w pierwszym okresie** jej zastosowania, co można wykorzystywać do inicjowania i podtrzymywania kontaktów społecznych z otoczeniem;
- metoda Ruchu Rozwijającego może być **początkiem wprowadzenia** dobranych do możliwości i potrzeb **terapii wspierających** osoby z autyzmem, jak również modyfikacji zachowań środowiska rodzinnego (często podlegającego istotnym dysfunkcjom – o czym piszą T. Gałkowski, E. Pisula, J. Rola, M. Sekułowicz i inni);
- istotne jest dopasowywanie terapii do **indywidualnych możliwości** osoby z autyzmem oraz planowanie zajęć z ukierunkowaniem na wchodzenie w interakcje społeczne – często od terapii indywidualnej do poszerzania pola społecznego;

- **włączanie środowiska rodzinnego**, a przez to modyfikowanie i usprawnianie środowiska opiekującego się osobą autystyczną do kreatywnego funkcjonowania społecznego;
- wykorzystanie metody Ruchu Rozwijającego do **wspierania innych terapii** prowadzonych z dzieckiem autystycznym, szczególnie w ramach zajęć integrujących.

W kolejnych badaniach w celu ukazania ostrzejszego kryterium podejmowanych analiz, można wziąć pod uwagę okres wystąpienia zaburzeń autystycznych jako czynnik determinujący rozwój osób z autyzmem, o czym wspomina Jaklewicz (2002). W następnych analizach zostanie dokonane uszczegółowienie wyników uzyskanych prezentowaną techniką – Skalą Oceny Zachowań Autystycznych, co umożliwi dokładniejsze przeanalizowanie przebiegu rozwoju i skategoryzowanie funkcji. Sądzę, że na obecnym etapie wskazane, z punktu widzenia praktycznego zastosowania metody, byłoby skorelowanie uzyskiwanych wyników z innymi terapiami, np. metodami Dobrego Startu, Integracji Sensorycznej, Knillów i innymi – co może być przyczynkiem do tworzenia struktur oddziaływania terapeutycznego.

Podsumowanie

Metoda Ruchu Rozwijającego może stanowić efektywny program oddziaływania wspierającego dla osób autystycznych i o cechach autyzmu. Trudno mi się zgodzić, jako praktykowi i teoretykowi, ze stwierdzeniami, że w wypadku autyzmu możemy wyróżnić jedną najbardziej efektywną metodę prowadzenia osób z głębokimi deficytami rozwoju – jak to ma miejsce w wypadku modyfikacji behawioralnej (Gorzelińska, 2003). To właśnie na podstawie terapii Sherborne możemy obserwować i uczyć się współpracy na różnych poziomach – wiekowych, środowiskowych, specjalistycznych itp. Dzięki umiejętności obserwacji i współpracy możliwe jest nie tylko poznanie świata osoby z autyzmem, ale także podążanie za nim i odkrywanie jego tożsamości.

Pogłębiona analiza longitudinalna z wykorzystaniem skal SOZ[4] i SOZA[5] w wypadku dzieci autystycznych pozwala na wysnucie wniosku, że metoda Ruchu Rozwijającego ma wpływ na rozwój tych dzieci we wszystkich badanych sferach. Różnice w uzyskanych wynikach przez dzieci z autyzmem dotyczyły przede wszystkim rozwoju społecznego. Zmiany mogą wystąpić przede wszystkim w rozwoju społecznym w skali dotyczącej zachowań autystycznych w sferze komunikacji, jako jednej z jej komponentów. Można pokusić się o wniosek, że najbardziej rozwinęły się pod wpływem terapii sfery emocjonalna i poznawcza, z zaznaczeniem, iż u dzieci z autyzmem zaobserwowano w sferze społecznej polepszenie kontaktów interpersonalnych (w mniejszym stopniu w komunikacji werbalnej), co ma swoje odzwierciedlenie w zmniejszonym nasileniu zachowań autystycznych.

Po rocznym okresie prowadzenia terapii metodą Ruchu Rozwijającego wykazano, że największe efekty w rozwoju dzieci z autyzmem uzyskujemy w pierwszym okresie oddziaływania. Wraz z wydłużaniem się okresu prowadzenia terapii wyniki stabilizują się na poziomie constans – dalsze efekty prowadzonej terapii są

uzależnione od wprowadzania dodatkowych, często dyskusyjnych metodologicznie elementów opartych np. na Metodzie Dobrego Startu, muzykoterapii itp. W związku z tym terapia tą metodą powinna być szczególnie zalecana dzieciom z autyzmem w pierwszym etapie podejmowania działań terapeutycznych, co może stanowić podstawę do doprowadzenia tych dzieci do efektywnych form nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych oraz adekwatnego reagowania emocjonalnego na napływające z zewnątrz bodźce.

Na uzyskane wyniki miały niewątpliwie wpływ inne działania podejmowane równolegle w pracy z dzieckiem autystycznym, jednak analiza badań z kilku ośrodków pozwala na ukazanie efektów pracy w sposób jak najbardziej zobiektywizowany. Miał na nie wpływ wiek osób poddanych terapii, chociaż trudno się odnieść w sposób bezpośredni do wyników uzyskanych przez Jaklewicz (2002). Niewątpliwie czas wystąpienia pierwszych symptomów był czynnikiem determinującym ogólny rozwój osób poddanych naszej terapii. Bardziej zauważalne i długotrwałe efekty (mimo występujących absencji spowodowanych głównie chorobą) obserwowano przede wszystkim u dzieci w wieku przedszkolnym z nasileniem zaburzeń w sferze kontaktów społecznych. Wszystkie osoby chętnie uczestniczyły w organizowanych zajęciach pod warunkiem odpowiedniego zorganizowania grupy, np. w sposób zindywidualizowany prowadzono zajęcia z dzieckiem z nadwrażliwością słuchową, nadpobudliwością psychoruchową oraz przejawiającymi zachowania agresywne (o dużym nasileniu, mogących być niebezpiecznymi dla innych uczestników terapii). Skorelowanie czasu wystąpienia pierwszych objawów z wczesną interwencją w wypadku metody Ruchu Rozwijającego staje się czynnikiem wspierania rozwoju, co można oczytać jako przeciwdziałanie czynnikom wywołującym jego zaburzenie.

Autyzm, jako szczególne zaburzenie w rozwoju i funkcjonowaniu społecznym, wymaga odmiennego celu terapii oraz analizy diagnostyczno-prognostycznej (Błeszyński, 2002). W omawianych przypadkach zastosowanie metody Ruchu

Rozwijającego spowodowało rozwój we wszystkich sferach. U dzieci z autyzmem, mimo długiego okresu terapii tą metodą (w większości przypadków około 2 lat), wystąpiły znaczące zmiany w rozwoju emocjonalnym, poznawczym oraz społecznym (pozawerbalnym), a w mniejszym stopniu w komunikacji werbalnej i rozwoju fizycznym. Z badań prowadzonych na temat komunikacji werbalnej wynika (Błeszyński, 1997), że dzieci autystyczne przechodzą w sposób indywidualny okresy rozwoju mowy, z częstymi incydentami (zahamowania, regres czy opóźniony rozwój mowy). Specyficzne zaburzenia, takie jak: mowa echolaliczna, zamiana zaimka „ja", perseweracje itp. wpływają na odbiór komunikatu. Rozwój fizyczny natomiast nie odbiegał od normy wiekowej dzieci, a nawet w wielu przypadkach badane dzieci przejawiały znacząco wyższy rozwój w skali motoryki dużej[6]. W związku z powyższym w badaniach nie wystąpił znaczący przyrost umiejętności w tej sferze, jak to miało miejsce u dzieci w innych grupach.

Niewątpliwym efektem jest wycofanie się z zachowań autystycznych – manieryzmów, konieczności zachowania niezmienności układu sytuacji lub przedmiotów, niskiego poziomu empatii, ograniczonej możliwości naśladownictwa, czy zainteresowań i niejednorodnej reakcji na bodźce.

Do dodatkowych efektów pracy tą metodą należy zaliczyć jej skuteczność w kształtowaniu kreatywnego sposobu wyrażania swoich uczuć i myśli w kontaktach społecznych. W odróżnieniu od badań dzieci z autyzmem (które w większości przejawiają różnego stopnia upośledzenie umysłowe), gdzie podstawowym celem było nawiązanie kontaktu i podtrzymywanie go, w wypadku dzieci upośledzonych w stopniu lekkim celem tym było tworzenie kreatywnych postaw społecznych. Dzieci autystyczne uzyskiwały słabsze wyniki w poszczególnych skalach, a w szczególności w skali rozwoju społecznego, w odróżnieniu od dzieci upośledzonych umysłowo.

Tarasiewicz w swoim artykule skupiła się na oddziaływaniu metody Sherborne na rodziców dzieci niepełnosprawnych. Jest to

niewątpliwie jeden z istotnych aspektów holistycznego ujęcia terapii dzieci niepełnosprawnych. Również dzięki wprowadzeniu do terapii rodziców osób z autyzmem metoda ta wspiera funkcjonowanie osoby z autyzmem w najbliższym mu środowisku – jakim jest rodzina, która ma największy wpływ na kształtowanie się szerszych relacji. Należy zaznaczyć, że metoda ta pozwala przeciwdziałać syndromowi wypalania się sił u rodziców (Pisula, 1994; Sekułowicz, 2002), który w żadnym z innych zaburzeń nie wywiera takiego piętna na opiekunach i całej rodzinie autystyka jak przy autyzmie.

Co jest istotne, w terapii prowadzonej metodą Ruchu Rozwijającego wszystkie te kategorie są poddawane oddziaływaniom w ramach pracy z dzieckiem, a więc z założenia terapia może być stosowana już we wczesnym dzieciństwie. Zgodnie z tymi spostrzeżeniami, w wypadku autyzmu terapia ta ma walor nie tylko wspomagania, ale i profilaktyczny wobec dzieci ujawniających np. cechy autyzmu (autyzm nietypowy pod względem czasu wystąpienia i obserwowanych objawów).

Sherborne ukazała system wspierania rozwoju, który jest z jednej strony indywidualny, ponadczasowy i uniwersalny, z drugiej opiera się na determinantach biologicznych. Odnosząc się do wspierania wieloczynnikowego, przykładem efektywnego zastosowania różnych terapii mogą być badania prowadzone przeze mnie we współpracy z Szotem (Szot, Błeszyński 2002) nad wykorzystaniem terapii ruchowej we wspomaganiu rozwoju osób z autyzmem. Zatem wskazane jest wieloczynnikowe, zintegrowane oddziaływanie wspierające, którego celem powinno być optymalizowanie uspołecznienia osób autystycznych

Propozycje wykorzystania metody w pracy z dzieckiem autystycznym

Jednym z zaburzeń występujących powszechnie w autyzmie jest brak lub unikanie kontaktu wzrokowego, który wspomaga cały system komunikacji. W wielu koncepcjach etiologicznych i diagnostycznych brak kontaktu wzrokowego często przedstawia się jako prymarne zaburzenie wobec innych dysfunkcji ujawniających się w autyzmie. Konieczne jest jednak zwrócenie uwagi na wieloaspektowość poruszanego zagadnienia, powiązanego z całym procesem poznawczym. Metoda Ruchu Rozwijającego może w sposób istotny wpływać na polepszenie kontaktu wzrokowego dzięki włączeniu w proces terapii osób najbliższych dziecku, jak również wprowadzeniu oddziaływań w formie zabawowej. Wskazane jest wykorzystanie tej metody w terapii w celu podjęcia prób nawiązywania i podtrzymywania, a następnie wydłużania doświadczenia kontaktu wzrokowego.

Powtarzanie doświadczeń, stymulowanie i podtrzymywanie ukierunkowanych działań na kontakt pozawerbalny znacząco wpływa na pomyślność prowadzonych oddziaływań terapeutycznych. W tych doświadczeniach wykorzystywane są przede wszystkim doświadczenia z grupy „razem” i „przeciw”.

Zgodnie z zasadami stosowanymi w trakcie prowadzonych zajęć, każde doświadczenie przedstawia prowadzący zajęcia, a osobami wspomagającymi są rodzice, będący najbliższymi osobami dla autystyka. Takie działania mają z jednej strony wspomagać funkcjonowanie dziecka (poprawienie zaburzonych funkcji społecznych i komunikacyjnych), jak również wspierać środowisko rodzinne (polepszenie kontaktów indywidualnych i wewnątrzrodzinnych). Wskazane jest prowadzenie zajęć z grupą zróżnicowaną, a nie tylko z dziećmi z autyzmem. Propaguje się zapraszanie na terapie całych rodzin, a więc rodzeństwa i rodziców

dzieci z autyzmem. Tak zorganizowana terapia pozwala wydatnie wpływać na funkcjonowanie rodzin, jak również obejmować je szerszym oddziaływaniem terapeutycznym.

Rodzice podczas zajęć zapoznają się z poszczególnymi proponowanymi układami, które są wielokrotnie powtarzane w trakcie zajęć indywidualnych prowadzonych przez rodziców z dzieckiem w domu rodzinnym.

Poniżej przedstawiam doświadczenia podstawowe z rozbiciem na różne modyfikacje uatrakcyjniające prowadzone zajęcia, które jednak powinny być wprowadzane na zajęciach wspólnych, organizowanych dla grupy dzieci.

Załącznik

Propozycje wprowadzania doświadczeń w trakcie wywoływania i wydłużania kontaktu wzrokowego z dzieckiem z autyzmem

nr 1	KANGUR Dziecko obejmuje tułów opiekuna rękoma i nogami na wysokości pasa: a) pozycja statyczna, b) opiekun odchyla dziecko od siebie, podtrzymując na wysokości łopatek, c) kręcąc się wokół swojej osi, d) chodząc po pomieszczeniu, e) kołysanie i przytulanie.
nr 2	WAGA W siadzie prostym naprzeciw siebie, trzymając się za ręce ze zgiętymi nogami: a) przyciąganie się z położeniem się na plecach naprzemiennie, b) kołysanie na boki, c) zakreślanie koła.
nr 3	FROTERKA Dziecko, leżąc na plecach, ciągnięte jest za ręce (lub za łydki) przez opiekuna zwróconego doń twarzą: a) powolne ciągnięcie po podłodze, b) pchanie po podłodze, c) ruchy z wychyleniem na boki, d) powolne wirowanie, e) z wykorzystaniem koca z podgłówkiem.
nr 4	PŁYWANIE Opiekun i dziecko leżą na brzuchu z wyciągniętymi do siebie rękoma: a) przyciąganie się i odpychanie z przytrzymaniem dłoni, b) siłowanie się, c) przewracanie się na plecy w wybranych kierunkach.

Bibliografia

Baron-Cohen S. (1997), *Theory of Mind in Autism: It Relationship to Execu-tive Function and Central Coherence* [w:] *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, D. J. Donald, F. R. Volmar, John Willey & Sons inc, New York.

Białas E. (1998), *Szerbornowskie zajęcia. Ruch dla zdrowia*, „Wychowanie w Przedszkolu", nr 5, s. 354–355.

Błeszyński J. (1992), *Terapia dziecka autystycznego i z głębokimi deficytami rozwojowymi – przegląd problematyki* [w:] *Forum Pedagogów Specjalnych XXI wieku*, red. J. Pańczyk, t. III, Łódź.

Błeszyński J. (1997), *Mowa i język dzieci z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, WN WSP, Słupsk.

Błeszyński J. (2002), *Skala Obserwacji Zachowań Autystycznych dla dzieci i młodzieży – wersja eksperymentalno-pilotażowa*, Łódź – Toruń.

Błeszyński J., Bobkiewicz L. (1997), *Echolalia jako jedna ze specyficznych cech mowy dziecka autystycznego*, „Psychologia Wychowawcza", nr 3, s. 251–257.

Bogdanowicz M. (1990), *Metoda Weroniki Sherborne w terapii dzieci jąkających się*, „Logopedia", nr 17, s. 28–31.

Bogdanowicz M. (1992), *Metoda Weroniki Sherborne w Polsce*, „Scholasticus", nr 2, s. 39–41.

Bogdanowicz M. (2003), *Skale Obserwacji Zachowań Dzieci i Rodziców uczestniczących w zajęciach Ruchu Rozwijającego*, „Harmonia", Gdańsk.

Bogdanowicz M. (1993), *The First International Encounter – V. Sherborne Development Movement – Pierwsze Międzynarodowe Spotkanie „Szerbornowców"*, Belgia 24–28 sierpnia 1992, „Scholasticus" nr 1, s. 31–35.

Bogdanowicz M. (2000), *Skale obserwacji zachowań (SOZ) dzieci i rodziców uczestniczących w zajęciach Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*, Wyd. „Fokus", Gdańsk.

Bogdanowicz M., Kasica A. (2003), *Ruch Rozwijający dla wszystkich*, „Harmonia", Gdańsk.

Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyska M. (1992, 1996), *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*, WSiP, Warszawa.

Brzeziński J. (2000), *Badania eksperymentalne w psychologii i pedagogice*, WN „Scholar", Warszawa.

Czarnecka E. (1994), *Metoda Weroniki Sherborne w pracy przedszkola*, „Wychowanie w Przedszkolu" nr 9, s. 553–556.

Derulska I., Pielak H. (1989), *Metoda Weroniki Sherbourne* [w:] *ABC rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, red. M. Borkowska, „Pelikan", Warszawa.

Gniewkowski W. (1983), *Przegląd współczesnych kierunków i tendencji wiązania ruchu z muzyką*, „Nowa Szkoła", nr 2, s. 76–81.
Gniewkowski W. (1984), *Wdzięk Terpsychory*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna", nr 291/3, s. 71–78, 89.
Gniewkowski W., Wlaźniak K. (1991), *Program wychowania fizycznego dla klas początkowych*, WSiP, Warszawa.
Gniewkowski W., Wlaźniak K. (1990), *Wychowanie fizyczne*, WSiP, Warszawa.
Gorzelińska J. (2003), *Tresowanie do życia*, „Przekrój", nr 30/3031 z dnia 27 lipca 2003, s. 36–39.

Jaklewicz H. (2002), *Diagnostyka autyzmu dziecięcego. Badania longitudinalne*, „Psychiatria Polska", t. XXXVI, nr 1, s. 109–120.
Jatowczyc A. (1998), *Partnerstwo w „szkole dla rodziców"*, „Wychowanie w Przedszkolu", nr 5, s. 637.

Kisiel B., *Delvelopmental Movement in Poland* (maszynopis).

Okoń W. (1987), *Zabawa a rzeczywistość*, WSiP, Warszawa.

Pisula E. (1994), *Zespół wypalania się sił u rodziców dzieci autystycznych*, „Nowiny Psychologiczne", nr 3, s. 83–89.
Pisula E. (2000), *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, PWN, Warszawa.
Przasnyska M. (1989), *Nauczanie kultury fizycznej w „szkole życia" według „Programu Ruchu" Weroniki Sherborne*, „Szkoła Specjalna", nr 2, s. 130–136.

Sękowska Z. (1998), *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, WSPS, Warszawa.
Sekułowicz M. (2003) *Wybrane metody usprawniania dzieci z autyzmem* [w:] *Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, red. D. Danielewicz, E. Pisula, WAPS, Warszawa.
Sekułowicz M. (2002), *Wypalanie zawodowe nauczycieli pracujących z osobami z niepełnosprawnością intelektualną*, UW, Wrocław.
Sherborne W. (1983), *Ćwiczenia ruchowe dla dzieci głębiej upośledzonych umysłowo*, „Szkoła Specjalna", nr 4, s. 295–303.
Sherborne W. (1997), *Ruch rozwijający dla dzieci,* PWN, Warszawa.
Sowa J. (1997), *Pedagogika specjalna w zarysie*, WO FOSZE, Rzeszów.
Szot Z. (1997), *Aktywność ruchowa w terapii dzieci autystycznych*, AWF, Gdańsk.

Szot Z., Błeszyński J. (2002), *Terapia ruchowa a rozwój osób autystycznych*, „Rocznik Naukowy Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. J. Śniadeckiego w Gdańsku", t. XIII, s. 5–18.

Śliż M. (1994), *„Sprawni inaczej" są wśród nas, otwórzmy przed nimi życie*, „Szkoła Specjalna", nr 1, s. 45–49.

Tarasiewicz G. (1997), *Wpływ metody Weroniki Sherborne na kształtowanie postaw rodziców dzieci niepełnosprawnych (na przykładzie działalności Poradni Rehabilitacji dla Dzieci i Młodzieży w Elblągu)*, „Szkoła Specjalna", nr 3, s. 168–173.

The Dance Handbook. *The Brith of Modern Dance* (1988), Longman, London.

The New Encyclopaedia Britanica (1987) vol. 7, Chicago.

Tkaczyk G. (1997), *Wykorzystanie metody ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne w pracy z dziećmi upośledzonymi umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym* [w:] *Wybrane zagadnienia z metodyki nauczania i wychowania upośledzonych umysłowo*, red. G. Tkaczyk, Lublin.

Wójtowicz-Szczotka Z. (1994), *Caroline Sutherland i Weronika Sherborne o trudnym okresie trzylatka*, „Wychowanie w Przedszkolu", nr 10, s. 610–613.

Zabłocki J. Z. (1998), *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i praktyce*, „Żak", Warszawa.

Zgondek E. (1998), *Jak powstał Ośrodek Twórczości Pedagogicznej*, „Wychowanie w Przedszkolu", nr 5, s. 351–354.

*W przedstawionym artykule nieprawidłowo posłużono się pisownią nazwiska i imienia Weroniki Sherborne.

---

1 Fragmenty artykułu prezentowane są w książce Bogdanowicz i Kasicy (2003).

2 „W pedagogice specjalnej terapia pedagogiczna rozumiana jest jako jedna z form rewalidacji różnych upośledzeń; takie ujęcie terapii, obok specjalnego nauczania i wychowania, jest integralną częścią postępowania rewalidacyjnego w stosunku do tych jednostek, u których, mimo różnorodnych form zapobiegania, wystąpiło upośledzenie i których w drodze leczenia nie udało się przywrócić do grona ludzi normalnych. Tak rozumianą terapię pedagogiczną, która polega na stworzeniu i wykorzystaniu specjalnych warunków, metod i organizacji pracy pedagogicznej, z powodzeniem stosowano we wszystkich kategoriach upośledzeń i niepełnosprawności. W obecnym systemie edukacji jednym z głównych zadań terapii jest udzielenie pomocy psychologicznej i

pedagogicznej, której cel stanowi wspomaganie rozwoju i efektywności uczenia się, wyrównywanie braków w opanowaniu programu nauczania oraz eliminowanie przyczyn i przejawów zaburzeń" (Sowa, 1997).

3 Różnice w sumie średnich ogólnych badanych, jak również z podziałem na wiek wynikają z tego, że podział metryczny został dokonany zgodnie z zasadą osiągnięcia odpowiedniego wieku, który jest zmienną przy analizie szczegółowej.

4 Skala Oceny Zachowań M. Bogdanowicz.

5 Skala Oceny Zachowań Autystycznych J. Błeszyńskiego.

6 Tamże – badania Denver II.

Katarzyna Wysocka[1]

Metoda Dobrego Startu w pracy z dziećmi autystycznymi

Teoretyczne podstawy Metody Dobrego Startu

Geneza Metody Dobrego Startu

Źródłem i inspiracją Metody Dobrego Startu były założenia, które poczyniła Théa Bugnet, planując w pierwotnej wersji swą pracę w rehabilitacji osób z nabytymi zaburzeniami ruchowymi, a następnie przystosowując metodę do pracy z dziećmi. Stopniowe modyfikacje i udoskonalenia pozwoliły wypracować system postępowania terapeutycznego znanego pod nazwą Bon Départ (Bogdanowicz, 1989).

Metoda Dobrego Startu w formie rozpowszechnionej w Polsce to efekt działań M. Bogdanowicz, mających na celu adaptację metody Bon Départ do potrzeb dzieci w określonym wieku oraz możliwości i zasobów języka polskiego. Modyfikacje dotyczyły opracowania szeregu zajęć na cały rok według własnego pomysłu, opracowania nowych zestawów wzorów i przyporządkowania im rytmicznych polskich piosenek. Jednak, „mimo tych daleko idących zmian i przekształceń cele terapeutyczno-wychowawcze oraz

pomysł podstawowych ćwiczeń pozostały te same” (Bogdanowicz, 1989).

Początkowo Metoda Dobrego Startu stosowana była w pracy z dziećmi w normie intelektualnej i o prawidłowym rozwoju psychoruchowym w celu poprawy dynamiki tego rozwoju. W miarę upływu czasu zauważono możliwości dostosowania jej także do pracy z dziećmi o zaburzonym rozwoju. Po odpowiednich modyfikacjach już od kilku lat obserwuje się poczynania terapeutów dostosowujących Metodę Dobrego Startu do potrzeb dzieci z różnymi dysfunkcjami rozwojowymi.

Założenia i cele Metody Dobrego Startu

Według M. Bogdanowicz (Bogdanowicz, Barańska, Jakacka, 1998), metoda ta posiada dwa aspekty: profilaktyczno-terapeutyczny oraz diagnostyczny.

Aspekt profilaktyczno-terapeutyczny bazuje na założeniach, by rozwijać jednocześnie funkcje językowe, funkcje spostrzeżeniowe (wzrok, słuch, dotyk, kinestetykę, motorykę) oraz koordynować współzależność i współdziałanie tych funkcji między sobą, czyli integrację percepcyjno-motoryczną. Wszystkie te założenia mają na celu możliwie najszersze wpływanie na rozwój dziecka, tak by w efekcie przygotować je do nauki czytania i pisania. Tak pojmowany wpływ na rozwój pozwala doskonalić go, jeśli przebiega poprawnie, ale także korygować możliwie najwcześniej, gdy zaobserwuje się zaburzenia tego rozwoju. Ułożone w sekwencje, z zachowaniem odpowiedniej kolejności, ćwiczenia doskonalą i harmonizują rozwój psychoruchowy w tak ważnych obszarach, jak funkcje intelektualne: mowa i myślenie oraz instrumentalne: spostrzeganie i ruch.

Aspekt diagnostyczny metody oparty jest na wykorzystaniu możliwości obserwacji zachowania dziecka, analizy tych obserwacji pod względem problemów, jakie dziecko ma z wykonaniem zadania, oraz błędów, jakie popełnia. Zebrane wiadomości pozwalają ustalać przyczyny, rodzaj i głębokość zaburzeń, co staje się bezcenną podstawą do modyfikowania działań terapeutycznych.

Koordynację poczynań i dbałość o równoczesny rozwój wszystkich omówionych funkcji zapewnia wypracowana przez twórców struktura zajęć:

III. Zajęcia wprowadzające.

III. Zajęcia właściwe, podzielone na trzy grupy ćwiczeń:

- ćwiczenia ruchowe,
- ćwiczenia ruchowo-słuchowe,
- ćwiczenia ruchowo-słuchowo-wzrokowe.

III. Zajęcia końcowe.

Modyfikacje Metody Dobrego Startu

Wieloletnia praktyka, obserwacje i prowadzone badania pozwoliły M. Bogdanowicz modyfikować i rozwijać zakres działań składających się na Metodę Dobrego Startu. Ewolucja ta pozwoliła stworzyć trzy podstawowe formy metody, zawierające propozycje programów umożliwiających dostosowanie zajęć do grupy dzieci, z którymi pracujemy (Bogdanowicz, Barańska, Jakacka, 1998).

1. Piosenki i rysunki: oparte na prostych wzorach i piosenkach przeznaczonych dla dzieci od lat czterech oraz dla dzieci z zaburzeniami rozwoju.
2. Piosenki i znaki: oparte na wzorach złożonych, kształtach literopodobnych, dla uczniów rozpoczynających naukę pisania i czytania w klasie 0 lub I.
3. Piosenki i litery: oparte na wzorach liter z alfabetu łacińskiego i specyficznych liter polskich, dla uczniów rozpoczynających naukę pisania i czytania w klasach 0 i I.

Powstało także wiele modyfikacji metody w celu dostosowania jej do potrzeb dzieci z różnymi zaburzeniami rozwoju. W dziedzinie pracy z dzieckiem autystycznym efekty swej pracy opublikowały m.in. M. Bogdanowicz (Bogdanowicz, 1994), L. Bobkowicz-Lewartowska (Bobkowicz-Lewartowska, 2000) i A. Frączek (Frączek, 2001).

Modyfikacja Metody Dobrego Startu. Praca z dziećmi autystycznymi i o cechach autyzmu w Krajowym Towarzystwie Autyzmu Oddział w Toruniu

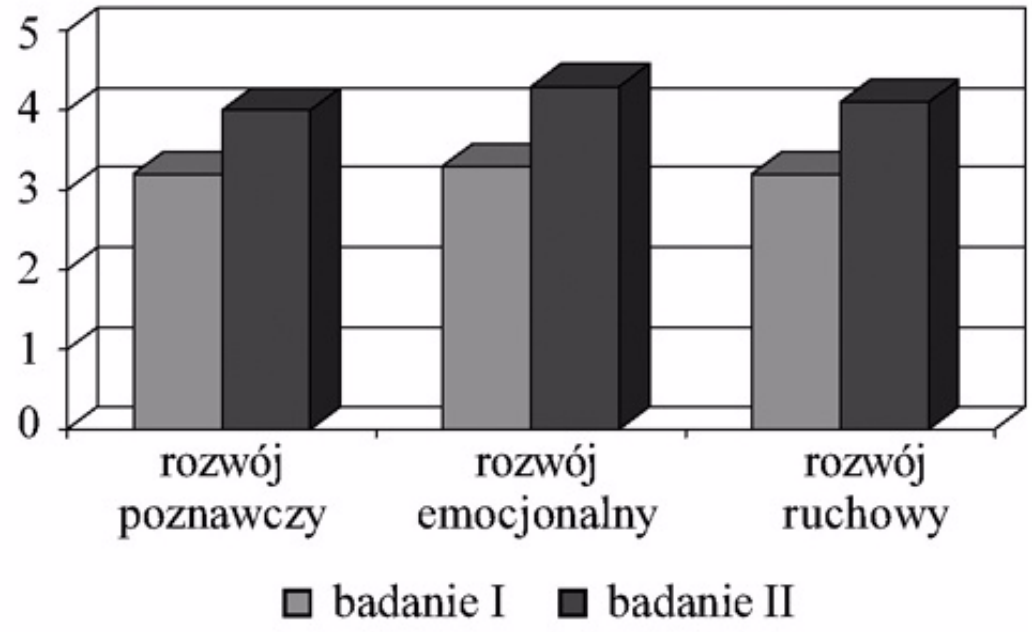
Efekty pracy

Zajęcia prowadzone są w ośrodku terapii Krajowego Towarzystwa Autyzmu Oddział w Toruniu. Terapią i obserwacją objętych jest około trzydzieścioro dzieci wraz z rodzicami i rodzeństwem. Korzystają oni – regularnie lub wybiórczo – z czterech rodzajów terapii, z możliwością uczestniczenia w każdej z nich raz w tygodniu. Przedstawiony przeze mnie materiał badawczy dotyczy trzech grup dzieci uczestniczących w terapii regularnie, to znaczy przynajmniej raz na dwa tygodnie. Każdy znak graficzny z zestawu Piosenki do rysowania opracowywany jest do jednej piosenki raz w tygodniu dla każdej grupy, po czym ten sam znak opracowuje się do innej piosenki przez kolejny tydzień.

Dzieci podzielone są na grupy wiekowe, jednak w niniejszej publikacji wykorzystam materiały z obserwacji uzyskane na podstawie badań osób uczestniczących w terapii w latach 2001–2003, przy założeniu, że brały one udział w zajęciach co najmniej jeden raz na dwa tygodnie. Przedstawione dane są wynikiem analizy 28 przypadków osób z autyzmem w wieku od 3 do 13 lat, nieprzejawiających dodatkowych zaburzeń rozwoju. Do badań wykorzystano Arkusz Zapisu Oceny (SOZiW) (Bogdanowicz, 2000).

Grupę A stanowi sześciu chłopców i jedna dziewczynka w wieku od 9 do 13 lat. Są to dzieci, które Metodą Dobrego Startu pracują od 2001 r. Histogram 1 prezentuje porównanie poziomu osiągnięć uzyskanego w badaniu I (grudzień 2002) oraz w badaniu II (grudzień 2003) – postęp w trzech dziedzinach rozwoju.

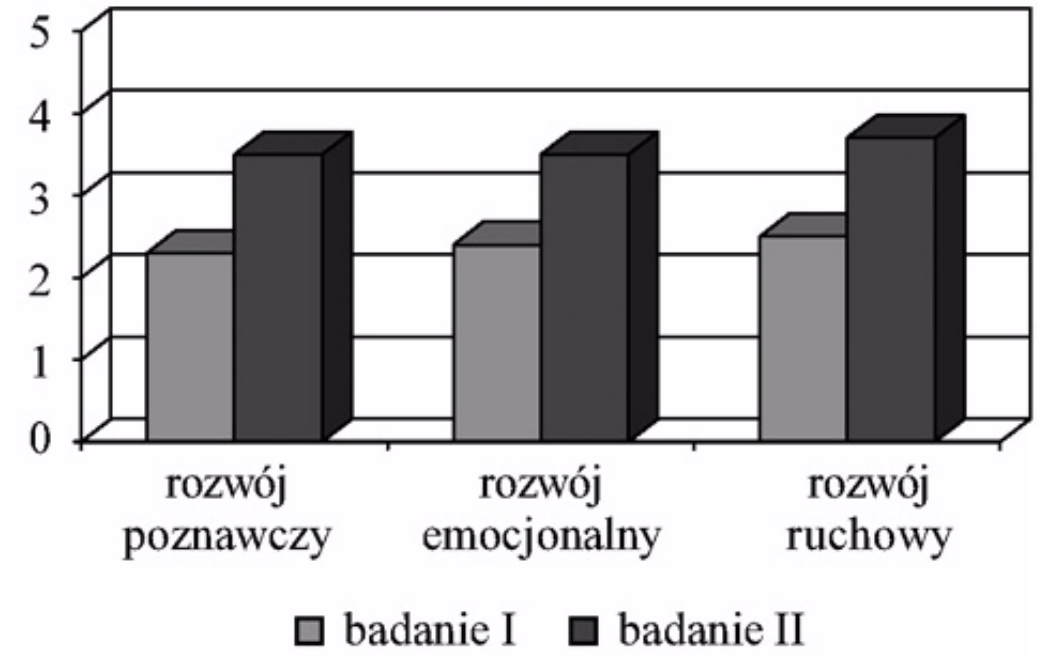
Histogram 1. Porównanie poziomu osiągnięć uzyskanego w badaniu I (grudzień 2002) oraz w badaniu II (grudzień 2003) – postęp w trzech dziedzinach rozwoju



Źródło: opracowanie własne.

Grupę B stanowi pięciu chłopców w wieku od 5 do 8 lat. Są to dzieci, które Metodą Dobrego Startu pracują od lipca 2003. Histogram 2 prezentuje porównanie poziomu osiągnięć uzyskanego w badaniu I w momencie zgłoszenia (lipiec 2003) oraz w badaniu II (grudzień 2003) – postęp w trzech dziedzinach rozwoju.

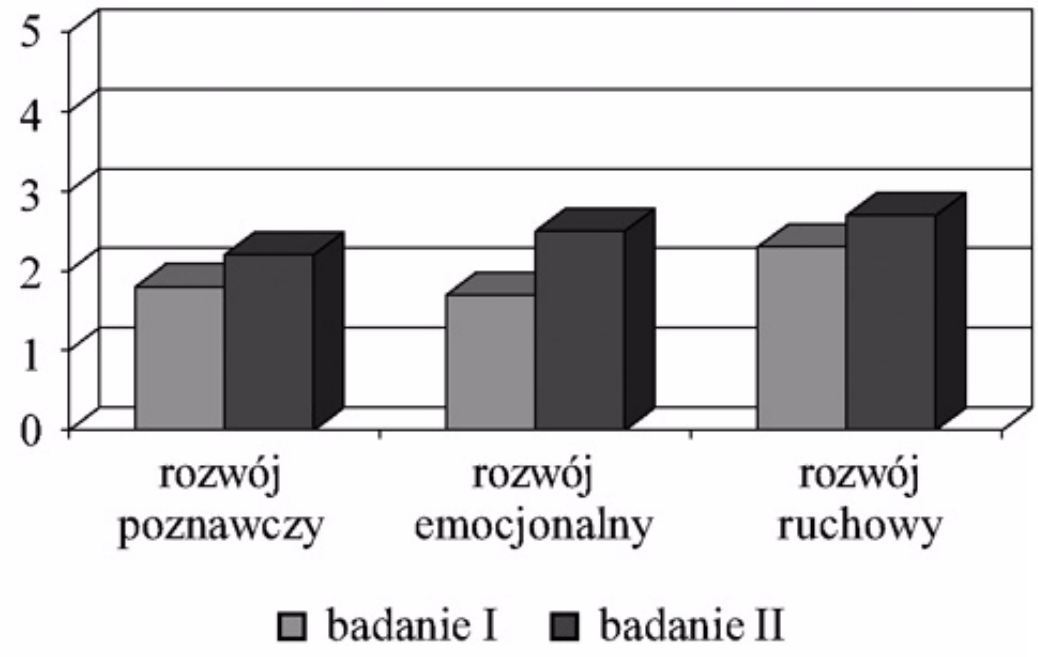
Histogram 2. Porównanie poziomu osiągnięć uzyskanego w badaniu I w momencie zgłoszenia (lipiec 2003) oraz w badaniu II (grudzień 2003) – postęp w trzech dziedzinach rozwoju



Źródło: opracowanie własne.

Grupę C stanowi piętnastu chłopców i jedna dziewczynka w wieku od 5 do 8 lat. Są to dzieci, które Metodą Dobrego Startu pracują od października 2003. Histogram 3 prezentuje porównanie poziomu osiągnięć uzyskanego w badaniu I w momencie zgłoszenia (październik 2003) oraz w badaniu II (grudzień 2003) – postęp w trzech dziedzinach rozwoju.

Histogram 3. Porównanie poziomu osiągnięć uzyskanego w badaniu I w momencie zgłoszenia (październik 2003) oraz w badaniu II (grudzień 2003) – postęp w trzech dziedzinach rozwoju



Źródło: opracowanie własne.

Prezentowane histogramy przygotowane zostały na potrzeby tego artykułu, by zobrazować pracę dzieci i jej efekty na zajęciach prowadzonych Metodą Dobrego Startu. Pierwszy z nich obrazuje efekty uzyskane przez dzieci w ciągu jednego roku pracy, z zastrzeżeniem, że uczestniczyły one w zajęciach już wcześniej – przed pierwszym badaniem. Dwa pozostałe prezentują osiągnięcia dzieci, które zetknęły się z proponowaną w placówce formą zajęć po raz pierwszy i korzystały z niej przez różny okres czasu. Mimo zaostrzonych kryteriów doboru badanych grup, należy uwzględnić również wpływ innych równolegle prowadzonych terapii. Należy także zachować ostrożność w interpretacji danych ze względu na małą liczebność grupy badanej oraz brak grup kontrolnych.

Organizacja zajęć

Metoda Dobrego Startu jest włączona do zestawu terapii proponowanych naszym podopiecznym i ich rodzicom od początku istnienia placówki. Czas trwania zajęć modyfikowany jest adekwatnie do potrzeb i samopoczucia dzieci uczestniczących w terapii, jednak nie jest krótszy niż 30 i nie przekracza 45 minut. W terapii uczestniczy dziecko zawsze z rodzicem lub opiekunem. Bardzo często zdarza się, że na zajęcia przychodzi także rodzeństwo dziecka autystycznego. Zajęcia odbywają się według zalecanej struktury. Zawsze zaczynają się i kończą piosenkami, które stanowią klamry zajęć i są stałe.

Do każdych zajęć przygotowane zostają następujące pomoce: tablica ze słowami piosenki, ilustracja do treści piosenki z wkomponowanym wzorem, tablica ze schematem wzoru, przedmioty ilustrujące treść piosenki, woreczki z gorczycą oraz inne pomoce do wystukiwania rytmu piosenki, materiały do zbudowania wzoru na podłodze, tacki z kaszą manną, karty pracy, przybory do pisania (kreda, kredki, pisaki, pędzle różnej wielkości itp.).

I. Zajęcia wprowadzające.

a) Powitanie.

Zawsze ma ono formę jednej z dwóch znanych dzieciom piosenek. Wybór piosenki zależy od tego, czy zajęcia Metodą Dobrego Startu są dla dziecka pierwszą w tym dniu formą terapii – wtedy śpiewana jest piosenka:

Witaj Tomku, witaj Tomku.
Jak się masz? Jak się masz?
Wszyscy Cię witamy, wszyscy Cię kochamy,
Bądź wśród nas.

Jeśli zajęcia stanowią drugą terapię, w której tego dnia uczestniczy dziecko, śpiewamy:

I Tomek musi być, bez Tomka nie można żyć,
Więc nie siedź z boku, nie bądź sam,
Tomek niech żyje nam.

Każda z piosenek jest odpowiednio **ilustrowana ruchem i to w taki sposób, by przypominał on sytuację życiową**. Stąd przy słowach „wszyscy Cię witamy" bardzo często zdarza się, że dziecko odbiera uścisk dłoni od każdego uczestnika terapii po kolei (przy czym piosenka na ten czas zostaje przerwana). Jest to także wstęp do nabycia umiejętności, jaką jest powitanie prawą ręką.

b) Ćwiczenia umożliwiające poznanie lub utrwalanie schematu ciała.

W tej części **początek pracy z dzieckiem polega zazwyczaj na opanowywaniu umiejętności różnicowania jednej części ciała**. Jeśli dziecko nie koncentruje uwagi wystarczająco długo, to można kontynuować powitanie, proponując – po podaniu ręki – dotknięcie kolanem. Zalecane jest, aby na początkowych zajęciach wykorzystywać części ciała daleko położone od głowy, szczególnie od twarzy. Stopniowe zwiększanie ilości witających się części ciała umożliwia wprowadzanie nowych zabaw, pozwalających utrwalać znajomość schematu ciała, np. na polecenie: „poszukamy, czy zabraliśmy dziś ze sobą ręce/nogi/brzuch/głowę/oko/ucho". **Wszystkie te ćwiczenia odbywają się w kole, więc dziecko początkowo śledzi ruch terapeuty, mając za plecami rodzica, który prowadzi w razie potrzeby rękę** lub wskazuje na ciele dziecka potrzebną część. Z czasem terapeuta ogranicza ruchy podpowiedzi, dając tylko ustne polecenie. **Należy zawsze pamiętać, by wprowadzić także części ciała znajdujące się z tyłu: plecy, pupa**. Dziecko musi samo dotknąć i poczuć, ewentualnie korzysta z pomocy siedzącego za nim dorosłego, który klepie, puka lub pomaga dziecku dotknąć, prowadząc rękę dziecka. Kolejnym

etapem jest wykorzystanie piosenek, w których wymienia się kolejno części ciała. Proponuję taką kolejność, ponieważ ilustrowanie tych piosenek ruchem wymaga już od dziecka znajomości podstawowych części ciała. Jeśli nie będzie potrafiło zilustrować ruchem słów, możemy tym drobnym szczegółem zniechęcić je do całych zajęć. Dobrze jest także przed zaśpiewaniem piosenki zastosować zabawę „Czy zabraliśmy...".

c) Ćwiczenia wprowadzające lub utrwalające pojęcia przestrzenne.

Na samym początku można zrezygnować z tego typu ćwiczeń. Wprowadzenie pojęcia oznaczającego część ciała jest i tak dużą nowością. Dodatkowe niebezpieczeństwo tkwi także w tym, że bazując na geście podania ręki na powitanie, zaczynamy nazywać części ciała właśnie od ręki i następnie tą samą ręką wykonamy ruch dla zilustrowania pojęcia przestrzennego. Stąd, wykorzystując umiejętność koncentracji uwagi na tej części ciała, podajemy do niej trzy nazwy: „dzień dobry", „ręka", „do góry". Z czasem jednak wprowadzamy pojęcia przestrzenne, z tym że nazywamy tylko jedno wprowadzane pojęcie, np. ćwicząc prawą stronę ciała, nazywamy tylko prawą nogę/rękę/ łokieć/ramię/ucho/oko/ itd., nawet jeśli wykonujemy ruchy drugą stroną ciała. Często rodzice podczas tych ćwiczeń nazywają obie strony ciała dziecka. Zalecam wtedy zaznaczyć, że dziś nazywamy tylko prawą i kontynuować pracę tak, by uniknąć zamętu w umysłach dzieci. Bardzo pomocna jest piosenka na melodię „Panie Janie" ze słowami:

Prawa ręka, prawa ręka
Pięć paluszków ma, pięć paluszków ma.
(i tu liczymy kolejno palce u prawej ręki)

Fragment ten śpiewamy z wyciągniętą prawą ręką do przodu i wtedy musimy pamiętać o tym, by stać lub siedzieć obok siebie lub ustawić dzieci tak, by patrzyły na plecy terapeuty. **Efekt**

lustrzanego odbicia, na skutek siedzenia w kole powoduje ogromne zamieszanie w umysłach dzieci.

Po przeliczeniu palców prawej ręki wykonujemy szeroki gest zamiany wyciągniętej ręki, wspomagając go poleceniem: „a teraz ta druga ręka do przodu" i nie mówimy, że jest to lewa ręka. I tak ze słów piosenki wyniknie, że śpiewamy o lewej ręce. Można również utrwalać znajomość orientacji w stronach własnego ciała poprzez zaznaczanie np. prawej ręki (frotką, tasiemką itp.), jednak nie wszystkie dzieci pozwolą na tak wielką ingerencję. **Warto zrezygnować także z wszelkich zdrobnień**.

Szczególnie cenna dla mnie jest obecnie piosenka zaczynająca się od słów: „do przodu prawą rękę daj, do tyłu prawą rękę daj". Jest to doskonałe narzędzie, by z jednej strony łączyć wszystkie nabyte umiejętności, a z drugiej stanowi niekonwencjonalne narzędzie badawcze, które pozwala sprawdzić poziom umiejętności dzieci. Ponadto wszystkie ruchy wykonywane podczas śpiewania tej piosenki dają przeogromną radość wszystkim uczestnikom, zarówno dzieciom, jak i dorosłym.

Uważam, że **wskazana jest hiperpoprawność i przesadnie dokładne prezentowanie ruchu**. Należy także wyizolować ruch, którym ilustrujemy wprowadzane pojęcie, by możliwie najczytelniej przedstawić dziecku wzór do naśladowania. To jeszcze musi być podparte obserwacją, czy dziecko nie wymaga poprowadzenia ręki, by mogło w końcu samodzielnie wykonać całość ćwiczenia.

d) Prezentacja nowej piosenki.

W tym momencie zajęć następuje po raz pierwszy odtworzenie piosenki, którą- wykorzystamy do dalszej pracy na zajęciach. Nie wymagam, aby rodzice śpiewali, ale zachęcam ich do tego. Pomocna w tym jest tablica ze słowami piosenki zawieszona w widocznym miejscu. Po pierwsze, rodzice w tym momencie stanowią wzorzec nowego zachowania dla dzieci, a po drugie, zyskuję po pewnym czasie rozluźnienie i większą swobodę. Po wielu próbach pracy z magnetofonem, a także instrumentem klawiszowym uważam, że **najlepszym sposobem odtwarzania**

piosenki jest śpiewanie jej przez osobę prowadzącą zajęcia lub osobę towarzyszącą, która śpiewa piosenkę, dostosowując jej tempo najpierw do czynności wykonywanych przez prowadzącego terapię, a potem przez dzieci. **Podstawową zasadą musi być tutaj konieczność dostosowania tempa piosenki do tempa pracy dzieci, a nie na odwrót**. Na tym etapie zajęć można ją zaśpiewać nawet kilka razy. Na zajęciach z grupą dzieci niemówiących piosenka służy do tego, by kołysać się przy niej i posłuchać treści. Jeśli zdolność koncentracji uwagi u dzieci jest zbyt mała, sama ilustruję treść obrazem, przedmiotem lub ruchem i przechodzę do ćwiczeń ruchowych.

e) Rozwijanie kompetencji językowych.

Ta część zajęć pomijana jest przeze mnie tylko w momentach, gdy dzieci są w złym nastroju, złej kondycji lub nie potrafią skupić uwagi. W innych sytuacjach, np. gdy dzieci nie mówią, wykorzystuję inne możliwości komunikacji, by dowiedzieć się od nich, o czym była piosenka. Mogą wskazać ilustrację, etykietę z właściwym słowem lub przygotowany konkret. Jeśli tylko pozwolą na to warunki, **zawsze treść ilustrowana jest konkretnymi przykładami, naturalnymi pomocami lub przynajmniej zabawką zbliżoną wyglądem do oryginału**. Nie musi to być ilustracja całej piosenki. W piosence „Idą dzieci" do ilustrowania jej treści posłużyło słowo „dzieci", które zostało zilustrowane dużą ilością zdjęć dzieci oraz lusterkiem. Samo rozwijanie kompetencji językowych polegało w tym wypadku na dwóch ćwiczeniach logopedycznych przed lusterkiem. Podobnie w piosence „Szpak i kotek" kluczowe było słowo „szpak" i ustalenie, że to ptak, a ćwiczenia polegały na zdmuchiwaniu piórka z dłoni taty lub mamy. W grupie dzieci, która najdłużej uczestniczy w terapii Metodą Dobrego Startu, włączono także do zadań podział na sylaby najpierw kluczowych słów, a następnie coraz dłuższych fragmentów tekstu.

II. Zajęcia właściwe dzielą się na trzy grupy ćwiczeń:

a) Ćwiczenia ruchowe.

Zgodnie z założeniami Metody Dobrego Startu w tym momencie wybieramy zabawę ruchową, która pozwoli nawiązać do zdobytych przed chwilą wiadomości, umiejętności, do treści piosenki lub zilustrować jej fragment ruchem. Najchętniej akceptowane przez dzieci są doświadczenia zaczerpnięte z **metody Ruchu Rozwijającego**, także wszelkie zabawy dla grup przedszkolnych. Bardzo często w tej części zajęć wykorzystane zostają **elementy stymulacji sensorycznej**, np. do piosenki „Ryby bawią się w berka" wykorzystano lampkę-akwarium: zapalona lampka postawiona została na środku sali, zgaszono światło, a dzieci, otoczywszy lampkę kołem, poruszały się w kierunku przeciwnym do tego, w którym poruszały się ryby w lampce. Oczywiście wszystkiemu towarzyszył śpiew piosenki. W piosence „Idą dzieci" trzeba było zbudować drogę z kilku materiałów o różnej fakturze i przejść po niej najpierw w skarpetkach, potem boso. Piosenka „Na marchewki urodziny" wymagała od dzieci przejścia przez drzwi ze sznura, ukłonienia się, a w zamian można było spróbować tartej marchewki.

b) Ćwiczenia ruchowo-słuchowe.

Ta część zajęć przez długi okres wymagała stałej formy. Dzieci otrzymywały woreczki z gorczycą w ilości odpowiadającej metrum piosenki i rytmicznie uderzały w nie dłonią. Jedyną zmianą, jaką udawało się wprowadzić, było odwracanie dłoni i uderzanie kolejną jej częścią. Niektóre dzieci miały i mają nadal kłopoty z rytmizowaniem czynności, a inne nie rozumiały tego typu postępowania. Prowadzenie ręki było tylko biernym uczestniczeniem w czynności, do której instrukcja wychodziła znacznie poza ramy ich świata doznań. W tym momencie nieocenione jest **dostosowanie tempa piosenki do możliwości uczestników terapii**. Nie uda się to nigdy przy odtwarzaniu piosenki z magnetofonu. Dużym wsparciem dla dzieci jest także dodatkowe, równoczesne **wyklaskiwanie rytmu** przez osobę trzecią (np. terapeutę wspomagającego lub jednego z rodziców). To ułatwienie towarzyszy także pracy nad ćwiczeniami ruchowo-słuchowo-wzrokowymi.

Obecnie wprowadza się coraz więcej sposobów uderzania w woreczki; dzieci same je wymyślają. Czasami są to bardzo złożone formy, zaczynając od uderzania stopą po wystukiwanie rytmu czołem. **Żadna propozycja nie jest negowana**; jeśli pomysł jest zbyt skomplikowany, to dziecko samo się z niego wycofuje. Wtedy następuje szybko kolejna propozycja, np. rodzica, by nie utrwalać poczucia porażki. Każdy kolejno ma prawo podać swój pomysł. W ten sposób umożliwiamy dzieciom realizowanie poczucia bycia sprawczym. Bardzo wyraźna jest wtedy zmiana w otoczeniu i dziecko widzi, że wszyscy podążają za nim. W wypadku dziecka, które nie włącza się w zajęcia lub nie odpowiada na komunikat, podejmujemy jeden z przypadkowych gestów i robimy z tego ćwiczenie, np. machanie ręką przechodzi w rytmiczną zabawę. Udało się również wprowadzić – oprócz woreczków – grzechotki, pałeczki drewniane i plastikowe oraz dzwonek.

c) Ćwiczenia ruchowo-słuchowo-wzrokowe.

Na tę część zajęć składa się prezentacja wzoru z dokładnym komentarzem do budowy i sposobu jego narysowania. Następnie każdy z uczestników zostaje zaproszony do tablicy, gdzie umieszczony jest dużych rozmiarów wzór graficzny. Małe dzieci mają prawo wyboru: czy chcą skorzystać z krzesła, czy też wolą być podniesione do góry. W tej chwili dokonują wyboru, poza tym pozwalają lub nie na kontakt z drugą osobą. Każda wykonana próba musi zostać nagrodzona oklaskami i dziecko wraca na miejsce. Wszystkie te czynności uczą dzieci oczekiwania na swoją kolej. Instrukcja zostaje powtórzona raz jeszcze przez terapeutę. Najczęściej instrukcję tę przekazuję rodzicom, którzy od tej chwili koordynują ruchem ręki dziecka. Po kilku ruchach mogą pozwolić rysować dziecku samodzielnie, ale pierwsze odtworzenie wzoru odbywa się najczęściej przez poprowadzenie ręki dziecka. Kolejną czynnością jest odtwarzanie wzorów polisensorycznych. Różnorodność faktur, po których można przesunąć ręką, to bardzo atrakcyjna forma pracy nad rozwojem dziecka. Do tworzenia wzorów wykorzystywane są materiały, które dziecko akceptuje i

lubi, ale także takie, których nie akceptuje, obawia się lub się nimi brzydzi. Wzory można wykonać z ryżu, papieru ściernego, gałązek świerku, piór, płynu do naczyń, pasty do zębów, koralików, drucików, mąki, kisielu, mydła, wosku, taśmy klejącej, opakowań po słodyczach, wełny, gazy, plastrów opatrunkowych, makaronu. **Zawsze jednak serię wzorów do odtworzenia kończymy materiałem, który budzi u uczestnika pozytywne odczucia**. Wzory polisensoryczne są wykonane na arkuszach papieru w formacie A4. Uczestnicy terapii siedzą w kole i każdy pracuje nad jednym wzorem. Po zaśpiewaniu jednej zwrotki piosenki musi podać wzór do kolegi z prawej strony, a więc ponownie wykorzystana zostaje okazja do utrwalania stron ciała.

Po wzorach polisensorycznych każdy uczestnik dostaje tacę z kaszą i w tym materiale odtwarza wzór. Jeśli opanował go dostatecznie dobrze to odtwarza go z pamięci, jeśli nie, to przed rozpoczęciem ćwiczenia rysuje go w kaszy lub robi to rodzic.

Ostatnim ćwiczeniem w tej części jest odtworzenie pojedynczego drukowanego wzoru po czarnym śladzie na karcie A4 (grubą kredką, kredą, grubym pędzlem, palcem zamoczonym w paście do zębów, farbce, palcem zamoczonym w kisielu, płynie do naczyń, kremie do rąk itp.), a następnie wypełnienie karty pracy z zestawu Piosenki do rysowania. Zakończeniem tego etapu jest **niespodzianką**: może to być możliwość pokolorowania rysunku z karty, doklejenie brakującego elementu, odbicie pieczątki, wycięcie elementu lub zaśpiewanie najładniejszej piosenki z tych zajęć.

III. Zajęcia końcowe.

Ta część zajęć jest stałym elementem. Dla wszystkich dzieci staje się czytelna po pierwszym udziale w zajęciach i stanowi **niezmienny wskaźnik zakończenia zajęć**. Jest to odtworzona z magnetofonu piosenka „Kołysanka dla misia”. W czasie trwania piosenki dzieci oparte plecami o brzuch rodzica poddają się lekkiemu kołysaniu. Czynność ta łączy elementy relaksu i zakończenia. Po wysłuchaniu piosenki następuje odśpiewanie

pożegnania z terapeutą. Jeśli po zajęciach Metodą Dobrego Startu dzieci przechodzą na drugą terapię, to śpiewamy:

Żegnamy się tyko na chwilę × 3
Za chwilę bawimy się.

Jeśli zaś jest to ostatnia w tym dniu terapia, to na melodię „Stary niedźwiedź" śpiewamy, stojąc w kole:

Żegnajcie, do widzenia × 2
Ręką wam machamy, pięknie się kłaniamy.
Żegnajcie, do widzenia.

Opisane przeze mnie rozwiązania to przegląd doświadczeń i efekt poszukiwań z trzech lat pracy. To, że w jednym typie zadań proponuję naukę kilku pojęć, nie oznacza, iż udaje się to w krótkim czasie. Tak trudną umiejętność jak różnicowanie samej tylko prawej strony ciała dzieci ćwiczą przez całe trzy lata. Tylko w niewielu ćwiczeniach wplatam pojęcie lewej strony. Podobnie z koncentracją uwagi lub nawiązywaniem kontaktu wzrokowego. Wszystko to wymaga nieustannych poszukiwań pomysłów. Nieraz bardzo niekonwencjonalnych i zaskakujących dla mnie samej. Nieocenioną skarbnicą pomysłów i rozwiązań są dla mnie przede wszystkim publikacje M. Bogdanowicz, E. Gruszczyk-Kolczyńskiej, H. Olechnowicz, R. Przyborowskiej-Wyniczko, E. Minczakiewicz oraz wielu innych. Czasami rozwiązania podsuwają same dzieci; zarówno autystyczne, jak i w normie rozwojowej. Ich sposób poznawania świata jest kopalnią pomysłów. Najlepszym zaś doradcą jest cierpliwość. Jeśli sytuacja wymaga, by zatrzymać terapię w momencie, który się podoba, to należy ten fragment powtórzyć. Warto też nieustannie obserwować dzieci i koniecznie nagrodzić słowem, oklaskami każdy uśmiech, spojrzenie. Nigdy bowiem do końca nie mamy pewności, czy nie jest to właśnie moment otwarcia drzwi do ich świata.

Bibliografia

Bogdanowicz M. (1989), *Metoda Dobrego Startu*, WSiP, Warszawa.

Bogdanowicz M. (1994), *Dostosowanie metody dobrego startu do potrzeb dzieci autystycznych – efektywność tej metody* [w:] *Autyzm, kontrowersje i wyzwania*, red. W. Dykcik, „Eruditus", Poznań.

Bogdanowicz M. (2000), *Skala Oceny Zachowań i Wytworów (SOZiW)*, „Fokus", Gdańsk.

Bogdanowicz M., Barańska M., Jakacka E. (1998), *Od piosenki do literki*, „Fokus", Gdańsk.

Bogdanowicz M., Kasica A. (2003), *Ruch Rozwijający dla wszystkich*, Wydawnictwo „Harmonia", Gdańsk.

Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyska M. (1998), *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*, WSiP, Warszawa.

Bobkowicz-Lewartowska L. (2000), *Autyzm dziecięcy – zagadnienia diagnozy i terapii*, „Impuls", Kraków.

Frączek A. (2001), *Metoda Dobrego Startu jako jedna z form terapii dzieci z autyzmem*, „Dziecko Autystyczne", t. IX, nr 2.

Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E. (1997), *Dziecięca matematyka*, WSiP, Warszawa.

Minczakiewicz M., Grzyb B., Gajewski Ł. (2003), *Elementarz dla rodziców*, „Impuls", Kraków.

Olechnowicz H. (1997), *Opowieści terapeutów*, WSiP, Warszawa.

Olechnowicz H. (2000), *Drugie opowieści terapeutów*, WSiP, Warszawa.

Przyborowska-Wynimko R. (2002), *Nowe rytmy*, Wydawnictwo „Harmonia", Gdańsk.

---

1 Mgr Katarzyna Wysocka – nauczyciel Oddziału 0 Wczesnej Diagnozy w Zespole Szkół nr 6 w Toruniu, terapeuta w Krajowym Towarzystwie Autyzmu Oddział w Toruniu; e-mail: kasia2002@wp.pl

Ewelina Wegnerowska[1]

Metoda Felicie Affolter

Wprowadzenie

Opracowana przez Felicie Affolter metoda wykorzystywana jest głównie w szkołach specjalnych w Szwajcarii i w Niemczech. Proponowana przez nią terapia szczegółowo została opisana w pracy pt. Spostrzeganie, rzeczywistość, język. Autorka krok po kroku analizuje przyczyny funkcjonowania swoich pacjentów, proponując terapię, którą Hanna Olechnowicz nazwała „psychopedagogiką rozumnego działania dłoni". Opisywana metoda wykorzystuje dotyk – przez ręce do głowy i serca, który z kolei angażuje wszystkie zmysły. Droga ta umożliwia eksplorowanie, stopniowe poznawanie i przekształcanie rzeczywistości przez osoby przejawiające zaburzenia spostrzegania – wobec których instrukcje słowne są nieskuteczne i nie przynoszą zamierzonego efektu. Regularna pomoc instruktora w formie prowadzenia rąk sprawia, że osoba otrzymuje informacje dotykowe i ma poczucie sprawstwa. Dzięki tej metodzie osoby z zaburzeniami spostrzegania uczą się poszukiwać bodźców czuciowych potrzebnych do zrozumienia i dostosowania się do otaczającego i wciąż zmieniającego się świata.

Założenia teoretyczne

Pomysł stworzenia tej metody narodził się w roku 1982 w trakcie badań nad rozwojem dzieci niesłyszących i z zaburzeniami mowy. F. Affolter uważa, że rozwój ruchowy przebiega w ścisłym powiązaniu z rozwojem poznawczym. Zainspirowana teorią rozwoju inteligencji Jeana Piageta osiągnięcia rozwojowe opiera na tzw. procesach rozwiązywania codziennych problemów i przedstawia na tle jego koncepcji rozwoju intelektualnego.

F. Affolter uważa, że „należy zająć się podstawą zaburzonego rozwoju, jego korzeniami, a nie gałęziami" (Affolter, 1997, s. 196). Nawiązuje do teorii rozwoju inteligencji Jeana Piageta, której głównym założeniem jest dokładne poznanie mechanizmów kształtowania funkcji umysłowych dziecka.

F. Affolter w procesie rozwiązywania codziennych problemów wykorzystuje następujące elementy z teorii Piageta:

- proces uczenia się jest przyswajaniem umiejętności;
- każda nowość w życiu dziecka bazuje na wcześniej nabytym doznaniu;
- istotą uczenia się jest odbieranie sygnałów i łączenie ich w struktury poznawcze, które wraz z przemyślanymi ruchami dziecka tworzą schematy działania;
- istotą rozwoju jest warunek równowagi pomiędzy akomodacją a asymilacją;
- wymagana jest aktywność osoby w środowisku;
- badanie otoczenia poprzez dotykanie, manipulowanie, oglądanie, słuchanie bądź myślenie niesie informacje, które można zasymilować i zakomodować;
- rozwój poznawczy łączy się z rozwojem afektywnym (wartości, uczuć, zainteresowań).

W swojej metodzie F. Affolter opiera się na aktywności polegającej na poznawaniu otoczenia przez dotyk, na działaniu,

którego głównym celem jest rozwiązywanie problemów dnia codziennego. Ukierunkowanie procesu na poznawanie dotykiem otoczenia, czyli badanie zarówno siebie, jak i szerszego środowiska możliwe jest dzięki ruchowi, który zawsze jest ukierunkowany. To dotyk umożliwia człowiekowi nawiązanie kontaktu fizycznego z drugą osobą czy z przedmiotem, a także zapewnia komfort psychiczny niezbędny dla dalszego rozwoju. W rozumieniu F. Affolter rozwiązywanie codziennych problemów nie ogranicza się jedynie do usprawniania dłoni, ale całej globalnej percepcji. Mimo iż to podstawowy cel terapii, którego osiągnięcie warunkuje integrację z doznaniami innych zmysłów, to dotyk staje się bazą dla zrozumienia otaczającego świata, który wpływa na kształtowanie się myślenia. Urozmaicone sensorycznie otoczenie jest istotne dla procesu uczenia się, poznawania. Wykonywanie codziennych czynności, niezbędnych w życiu wymaga zaangażowania wszystkich zmysłów. Uczestnictwo dziecka w życiu rodzinnym odgrywa doniosłą rolę – uczy korzystania z przedmiotów, poznawania ich struktury i właściwości, oceniania niebezpieczeństwa i przestrzegania reguł. Tego typu działania umożliwiają myślenie, a w efekcie końcowym pojawienie się mowy towarzyszącej działaniu.

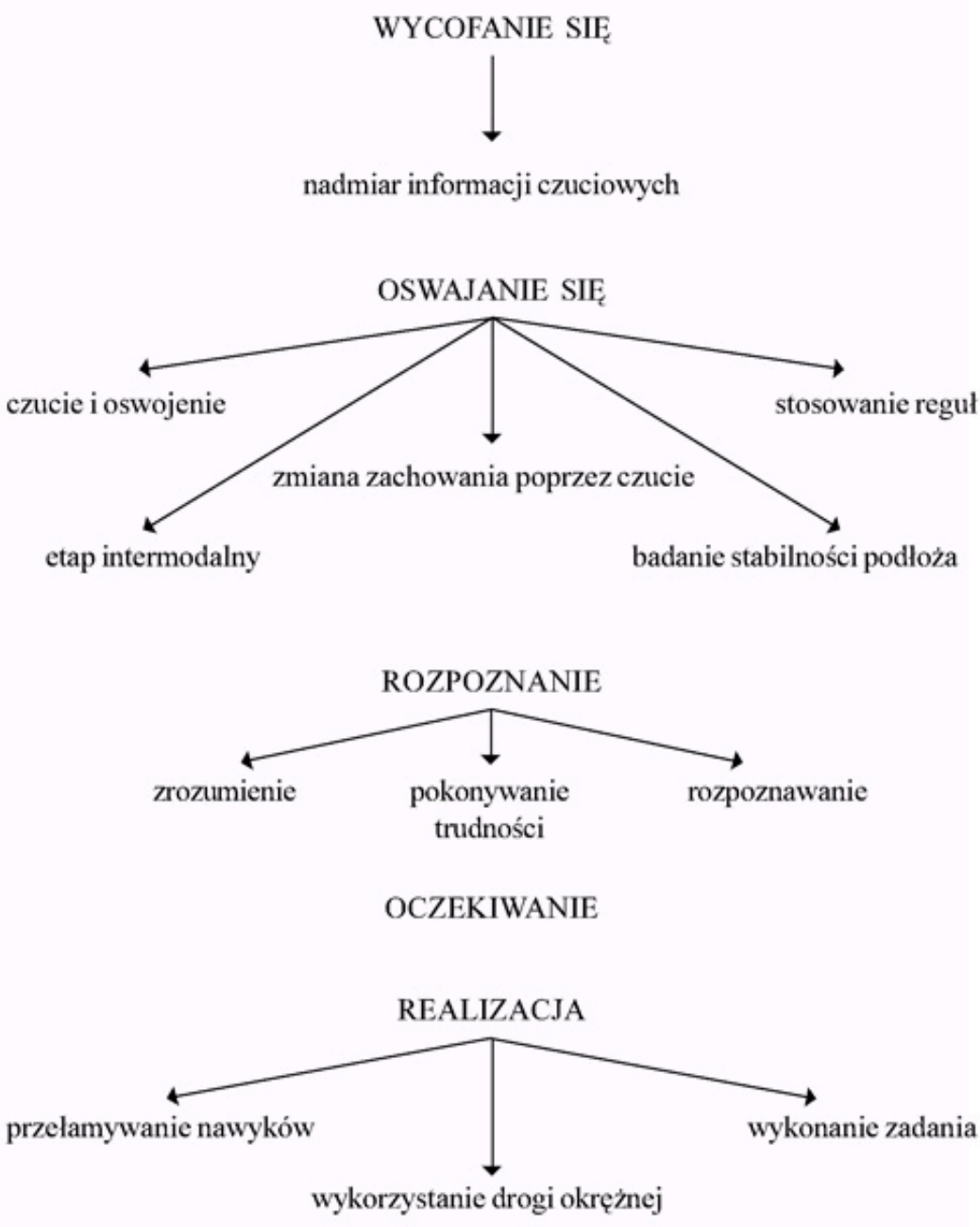
Metoda rehabilitacji proponowana przez autorkę przeznaczona jest dla osób, które mają poważne zaburzenia w sferze kontaktów międzyludzkich, z obniżoną sprawnością fizyczną, z różnymi rodzajami uszkodzenia mózgu – począwszy od dzieci z głębokim upośledzeniem do dorosłych po urazach mózgu. F. Affolter nazywa je osobami z zaburzeniami spostrzegania, które nie są w stanie same zaprogramować czynności złożonych, nawet tych wydających się prostymi.

Metodyka pracy metodą Affolter

Terapia metodą F. Affolter odbywa się w ścisłym kontakcie dotykowym terapeuty z uczniem. Ich ręce współdziałają, dzięki czemu podopieczny odczuwa subtelne ruchy dłoni nauczyciela, jak również i sam wysyła sygnały, przy zachowaniu poczucia bezpieczeństwa. Położenie dłoni na zewnątrz dłoni dziecka i ukierunkowanie jego działania wymaga jednak sygnału mówiącego o jego gotowości, przyzwoleniu. Terapeuta bowiem nigdy nie wyręcza pacjenta, ponieważ to pacjent ma poczuć się sprawcą działania, przeżyć włożony w wykonanie danej czynności wysiłek jako własny. Zadaniem instruktora jest prowokowanie do działania, a w momentach wahania podopiecznego przesłanie sygnału dotykowego, który umożliwi odnalezienie się w trudnej sytuacji i kontynuację zadania. Ważna jest koncentracja uwagi terapeuty w czasie pracy, gdyż dzięki niej potrafi skupić się na doznanych emocjach – napięciu, rozproszeniu, skupieniu osoby z zaburzeniami spostrzegania. W pracy z osobami o zaburzonej percepcji terapeuta „musi nastawić się na stan rozumienia, a nie na stan wykonania przez nich jakiejś czynności. Przez prowadzenie trzeba przekazać im jak najwięcej informacji czuciowych, informacji, których sami nie potrafiliby uzyskać" (Affolter, 1997, str. 256–257).

F. Affolter zwraca szczególną uwagę na dobór pomocy dydaktycznych przez terapeutów. Ważne są przedmioty, z którymi spotykamy się w życiu codziennym, a które są w ciągłym użyciu. Nie promuje stosowania zabawek, nie tworzą one bowiem realnej rzeczywistości. Zaleca kontakt z materią ożywioną – owoce, jarzyny, ponieważ pobudzają silnie zmysły i nigdy nie są obojętne. Wywołują bądź przyjemne doznania, bądź budzą wstręt, który trzeba przezwyciężać – jednak zawsze dostarczają bogatych i urozmaiconych informacji.

Rysunek 1. Etapy procesu uczenia się osób z zaburzeniami spostrzegania w procesie rozwiązywania codziennych problemów



Opracowanie: Ewelina Wegnerowska na podstawie: Spostrzeganie, rzeczywistość, język, F. Affolter, WSiP, Warszawa 1997.

Etapy uczenia w procesie rozwiązywania codziennych problemów:

I. Wycofanie się:

- nadmiar informacji czuciowych sprawia, że osoba z zaburzeniami spostrzegania odwraca wzrok, to co czuje za pomocą dotyku jest dla niej obce, ucieka od tego.

II. Oswajanie się:

- następuje powolne oswajanie się z dopływającymi informacjami czuciowymi, informacje o charakterze wizualnym zostają połączone z informacją czuciową,
- długi okres trwania etapu intermodalnego,
- następuje zmiana zachowania poprzez czucie ważna dla oswojenia się z otoczeniem,
- badanie stabilności podłoża i otaczającego świata,
- oswajanie się ze zmianami oporu – badanie cech przedmiotów, tworzyw,
- stosowanie reguł dotykania, strony, zabierania i sąsiedztwa.

III. Rozpoznanie:

- następuje zrozumienie działań,
- przezwyciężanie problemów, które należy traktować ze zrozumieniem
- rozpoznawanie tego, co się widzi.

IV. Oczekiwanie:

- poprzedza wykonanie, jest do niego krokiem,
- rozumienie zasad, że można coś poruszyć, dotknąć i zabrać.

V. Realizacja:

- przełamywanie nawyków,
- zdobywanie informacji o przyczynach i skutkach oraz wykorzystywanie drogi okrężnej, dzięki czemu dziecko staje się bardziej elastyczne, oznacza to postęp i internalizację doświadczeń związanych z procesami rozwiązywania codziennych problemów,
- samodzielne wykonanie zadania,
- pojawienie się mowy towarzyszącej.

Weryfikacja przydatności metody w autyzmie

Autyzm to zaburzenie, w którym na plan pierwszy wysuwają się zaburzenia kontaktu, trudności tworzenia związków, a więc problemy o charakterze emocjonalno-społecznym. Uwzględniając cele i założenia metody F. Affolter, można stwierdzić, że jest ona bardzo cenna również we wspomaganiu rozwoju dzieci autystycznych. Przypomnijmy, że jej głównym celem jest uczenie się w środowisku wzbogaconym sensorycznie rozwiązywania codziennych problemów.

Zaburzenia, jakie ujawniają dzieci autystyczne, to:

- niezdolność do prawidłowego udziału w życiu rodziny, do spontanicznych emocjonalnych kontaktów (wzrokowych, dotykowych, werbalnych);
- niewykształcenie mechanizmów przywiązania – do osób z najbliższego środowiska, o czym świadczy np. brak potrzeby bliskiego kontaktu z nimi;
- niemożność ogarnięcia otaczającego świata;
- symptomatyczna nadwrażliwość na bodźce dotykowe, zapachowe, dźwiękowe;
- brak myślenia abstrakcyjnego i poczucia rzeczywistości, co sygnalizuje zakłócony etap intermodalny;
- niemożność zrealizowania czynności złożonych, które obserwuje się w trakcie ich wykonywania, gdzie charakterystyczne jest dążenie do wyręczania;
- niezdolność do rozmowy – z racji niezdolności do współdziałania (Olechnowicz, 1997).

Metoda F. Affolter jest jednym ze sposobów nawiązania z dzieckiem kontaktu, który w wypadku dzieci autystycznych jest

utrudniony. Metoda umożliwia odbiór informacji napływających do własnego ciała i przyswojenie zasad ruchu. Dostarcza stymulacji westybularnej[2] i prioprioreceptywnej[3], dzięki czemu osoba poznaje położenie swojego ciała oraz ułożenie poszczególnych jego części w przestrzeni podczas działania. Spostrzega więc schemat i jego granice, dzięki czemu może poczuć się sprawcą. Wpływa to na doskonalsze panowanie nad własnymi ruchami oraz możliwość usystematyzowania dopływających z zewnątrz informacji. Pojawia się przewidywalność ruchów, co sprzyja redukcji lęku.

We wczesnej terapii dziecka autystycznego najważniejsze jest, aby prowokować je do działania, do tego, aby ciągle było obecne i nie uciekało. Metoda F. Affolter jakby to „wymusza" poprzez ciągły kontakt dotykowy. Dzięki niemu możliwe jest stopniowe przezwyciężanie lęku przed dotykaniem i hartowanie wnętrza dłoni. U osób autystycznych jest to często sfera nadwrażliwa, dlatego praca tą metodą pozwala włączyć w repertuar odbioru informacji również dłoń. Usprawnienie dłoni jest warunkiem dalszego powodzenia terapii, którego kolejnym etapem jest integracja dotyku z innymi zmysłami. Jak wiadomo, u dzieci z autyzmem poznanie wielozmysłowe jest ograniczone. Zazwyczaj odbierają bodźce za pomocą jednego zmysłu – słuchu, wzroku, węchu, a metoda F. Affolter zakłada integrację jak największej liczby zmysłów. Na bazie zróżnicowanego sensorycznie materiału uczy możliwie jak najdokładniej i najwierniej przekazywać rzeczywistość. Odwrażliwienie dłoni i osiągnięcie etapu łączenia zmysłów jest milowym krokiem do rozumnego działania, do zrozumienia świata i zasad w nim panujących oraz wykonywania czynności złożonych, w tym z czasem pojawiającej się mowy.

Metoda rehabilitacji F. Affolter daje możliwość powtórnego przejścia poszczególnych faz rozwoju, gdzie przejście jednej warunkuje rozpoczęcie następnej fazy. W wypadku dzieci autystycznych praca z wykorzystaniem tego programu przynosi ogromne efekty. Swoich zwolenników znalazła już we wspomaganiu rozwoju dzieci autystycznych, również w hipoterapii.

Efektywność metody w pracy z dziećmi autystycznymi

Praca metodą F. Affolter nie jest krótkoterminowa, na jej pozytywne rezultaty czasami trzeba czekać kilka lat. Jednak wytrwałością w pracy można dokonać wiele. Istotne jest, aby „postawić sobie realistyczne zadania, a w programach postępowania rehabilitacyjnego stosować metodę »małych kroków« oraz wykorzystywać codzienne sytuacje wychowawcze do utrwalania efektów" (Gałkowski, 1993, s. 178).

Skuteczność opisywanej metody potwierdzają zdobyte doświadczenia terapeutów w pracy z dziećmi autystycznymi. Hanna Olechnowicz przywołuje przykład piętnastoletniego chłopca, z którym pracowała Janina Gut – chłopca, którego dłonie były do tego stopnia wrażliwe, że zdarzało się, że wymiotował na widok nowych przedmiotów, panicznie bał się nowych sytuacji zadaniowych. Zastosowanie terapii F. Affolter zaowocowało wyzbyciem się przez chłopca lęku, stała się możliwa praca jego rękami, mógł przeżywać siebie jako sprawcę działania. Wraz z działaniem pojawiły się pierwsze słowa towarzyszące działaniu. Po dwóch latach pracy jego poziom rozwoju wzrósł, pierwotnie oceniany na pograniczu upośledzenia znacznego i głębokiego przesunął się na pograniczu upośledzenia znacznego i umiarkowanego.

Prowadzenie ręki dziecka wykorzystała również Anna Ciupa, by nawiązać kontakt z chłopcem autystycznym unikającym kontaktu wzrokowego i dotykowego. Chłopiec, dzięki masażowi dłoni, trwale wyzbył się zakorzenionych zachowań, zintegrował dotyk ze wzrokiem, stał się pieszczotliwy. M. Sekułowicz (2003) wymienia wiele zalet tej metody popartych wiedzą praktyczną:

- usprawnia małą motorykę,
- dziecko otwiera się na kontakt społeczny,

- usprawnia zaburzoną komunikację,
- rozwija znajomość schematu ciała i praksji,
- zwiększa samodzielność.

Metoda F. Affolter jest jedną z dróg nawiązania kontaktu z dziećmi wymagającymi szczególnego podejścia ze względu na bardzo utrudniony kontakt z otoczeniem. Jest skutecznym sposobem dotarcia do grupy dzieci, którym potrzebne jest znaczne wsparcie w ich rozwoju.

Konspekt zajęć pracy metodą Felicie Affolter

Temat: Wykonanie ozdób choinkowych.
Osoba prowadząca: terapeuta.
Osoba prowadzona: dziecko z zaburzeniami spostrzegania.
Cele zajęć:
– uczeń rozwiązuje problemy dnia codziennego,
– nawiązuje kontakt dotykowy z nauczycielem,
– jest aktywny,
– podnosi poziom samodzielności,
– odnosi sukcesy.
Metody:
– instruktaż dotykowy,
– praktyczne działanie.
Formy:
– indywidualna,
Środki dydaktyczne:
– kolorowa bibuła, klej, nożyczki.
Przebieg zajęć:

1. Faza wstępna	Czynności terapeuty	Czynności ucznia
oswajanie się z informacjami czuciowymi i wizualnymi	wyciągnięcie ręki w kierunku ucznia, uściśnięcie dłoni	podanie ręki
zapoznanie się z przebiegiem zajęć plastycznych	słowne wprowadzenie odnoszące się do kolejności wykonywanych czynności	
przygotowanie miejsca pracy przy jednoczesnym oswajaniu się z otoczeniem: – badanie stabilności podłoża – oswajanie się ze zmianami oporu – badanie cech tworzyw i przedmiotów – stosowanie reguł dotykania, strony, zabierania i sąsiedztwa	instruktaż dotykowy	wyjmuje z szafki po kolei bibułę, klej, nożyczki, niesie je w kierunku stolika, kładzie je na nim; zapoznaje się z fakturą przedmiotów i tworzyw

2. Faza zmierzająca do realizacji działania	Czynności terapeuty	Czynności ucznia
zrozumienie kolejności działań przy jednoczesnym rozpoznawaniu przedmiotów, które widzi, oraz zrozumieniu zasad poruszania, dotyku, zabierania	ukierunkowanie aktywności na badanie otoczenia	skierowanie rąk ku kolejnym przedmiotom, poznawanie ich funkcji, przeznaczenia
cięcie bibuły na paski	prowokowanie do wzięcia w jedną rękę nożyczek, a w drugą kolorowej bibuły;	
	danie sygnału dotykowego do cięcia bibuły	cięcie bibuły (fot. 1)
klejenie kółek z powstałych pasków i łączenie ich w łańcuch; pokonywanie trudności, samodzielne wykonanie	instruktaż dotykowy malejący podczas wykonywania powtarzających się czynności	wzięcie tubki z klejem, otworzenie jej, wyciśnięcie kleju, posmarowanie na końcach paska papieru, przełożenie paska między kółko, sklejenie (fot. 2, 3).
3. Faza końcowa	Czynności terapeuty	Czynności ucznia
powieszenie łańcucha	instruktaż dotykowy	wstanie od stołu, wzięcie w rękę gotowego łańcucha, skierowanie się ku choince, zawieszenie łańcucha
uporządkowanie miejsca pracy	prowadzenie ręki dziecka	1) zaniesienie do szafki nożyczek, kleju, resztek papieru, 2) wyrzucenie do kosza niepotrzebnych resztek materiału 3) namoczenie szmatki, wytarcie stołu

Fotografia 1

Fotografia 2

Fotografia 3

Konspekt zajęć pracy metodą Felicie Affolter

Temat: Samodzielne przebieranie się.
Osoba prowadząca: terapeuta.
Osoba prowadzona: dziecko z zaburzeniami spostrzegania.
Cele zajęć:
- rozwiązuje problemy dnia codziennego,
- rozwija wyobraźnię i koncentrację,
- budzi wiarę we własne możliwości,

Metody:
- instruktaż dotykowy,
- praktyczne działanie.

Formy:
- indywidualna.

Środki dydaktyczne:
- części garderoby.

Przebieg zajęć:

Fotografia 4

Fotografia 5

Fotografia 6

Opracowanie: Ewelina Wegnerowska na podstawie:
Spostrzeganie, rzeczywistość, język, F. Affolter, WSiP, Warszawa 1997.

Bibliografia

Affolter F. (1997), *Spostrzeganie, rzeczywistość, język*, tłum. T. Duliński, WSiP, Warszawa.

Diagnoza i terapia zaburzeń mowy (1993), red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, UMCS, Lublin.

Gałkowski T. (1993), *Autyzm* [w:] T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zalewski, *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, UMCS, Lublin.

Olechnowicz H. (1997), *Przez ręce do głowy i serca. Kształtowanie rozumnego działania dłoni metodą Felicji Affolter. Perspektywy zastosowania w terapii dzieci autystycznych*, „Szkoła Specjalna" 1997, nr 3, s. 215–221.

Piotrowicz R. (2003), *Rozwiązywanie codziennych problemów metoda Felicji Affolter w procesie uczenia*, „Szkoła Specjalna" 2003, nr 3, s. 141–148.

Przetacznikowa N. (1966), *Narodziny inteligencji dziecka*, PWN, Warszawa.

Psychopedagogiczne aspekty hipoterapii dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (2003), red. A. Strumińska, PWRiL, Warszawa.

Sekułowicz M. (2003), *Wybrane metody usprawniania dzieci z autyzmem* [w:] *Terapia i edukacja osób z autyzmem*, red. D. Danielewicz, E. Pisula, APS, Warszawa.

---

1 Autorka jest absolwentką Wydziału Humanistycznego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, specjalność – rewalidacja osób upośledzonych umysłowo, od 2003 roku związana z KTA w Toruniu, ukończyła kurs metody Ruchu Rozwijającego; kontakt e-mail: ewelina-1979@tlen.pl

Krzysztof Kucharski[1]

Metoda Stymulowanych Seryjnych Powtórzeń Ćwiczeń (SSP) – Zbigniewa Szota

Wprowadzenie

Aktywność ruchowa człowieka, jak zauważają Pascal, Senger i inni, jest podstawowym i niezbędnym elementem jego rozwoju osobowego. Jest to jedyne naturalne źródło działalności człowieka, nie można go zastąpić żadną inną formą. Całe życie człowieka jest uzależnione od ruchu, który jest podstawowym czynnikiem poruszania się człowieka w środowisku.

Aktywność ruchowa człowieka wypływa z fizjologicznej potrzeby organizmu. Powoduje ona, iż w praktyce powstaje w organizmie człowieka nowy stan równowagi czynnościowej odznaczający się mniejszą wrażliwością na działanie bodźców niekorzystnych (Szot, 1997, s. 14). Sprawność ruchową można uznać za najistotniejszą formę aktywności człowieka podczas jego całego życia. To poprzez ruch nabywa on nowe umiejętności nie tylko fizyczne, ale także psychiczne. Wpływ ćwiczeń ruchowych daje się zauważyć szczególnie u ludzi o małej aktywności ruchowej, kiedy każde pojawienie się oddziaływań daje o sobie znać w postaci lepszego funkcjonowania organizmu.

W terapii dzieci autystycznych, które bardzo często pozbawione są kontrolowanego ruchu, aktywność fizyczna jest jednym z

najistotniejszych elementów pracy terapeutycznej. Terapia ruchowa dzieci autystycznych lub o cechach autyzmu oparta jest na metodach pracy z dziećmi zdrowymi.

W Polsce prowadzona jest dyskusja w gronie rodziców dzieci autystycznych oraz w gronie terapeutów na temat stosowania technik behawioralnych w terapii z dziećmi. W wypadku samego autyzmu wskazane jest stosowanie różnorakich technik terapeutycznych, zarówno dyrektywnych, jak i niedyrektywnych.

Jedną z terapii wywodzących się z grupy dyrektywnych jest Metoda Stymulowanych Seryjnych Powtórzeń Ćwiczeń (SSP), która została opracowana przez prof. dr. hab. Zbigniewa Szota. W metodzie tej podstawą, na której się bazuje, jest aktywność ruchowa. Pozwala ona na wykształcenie się połączeń w ośrodkowym układzie nerwowym. Metoda uwzględnia fizjologiczny rozwój człowieka (Błeszyński, 2002).

Opierając się na założeniach psychofizycznych, za główny cel prowadzonej terapii postawiono optymalne pobudzenie mózgu dla uzyskania nowych połączeń nerwowo-mięśniowych.

Zalety wynikające ze stosowania metody Stymulowanych Seryjnych Powtórzeń Ćwiczeń to przede wszystkim:

- stymulacja ruchu – pomoc terapeuty, a czasem nawet jego wymuszenie;
- ćwiczenia fizyczne stosowane seryjnie, umożliwiające intensyfikację bodźców;
- stosowanie w każdych warunkach;
- zastosowanie ciągłych zmian – po pierwszym okresie stają się one koniecznością;
- dowolny dobór ćwiczeń w zależności od percepcji dziecka;
- uaktywnienie wybranych partii mięśniowych w zależności od stopnia upośledzenia – szczególnie ruchowego;
- uruchamianie mechanizmów głębokiego czucia mięśni;
- nauczanie umiejętności potrzebnych w życiu codziennym;
- koncentracja uwagi przy samodzielnym wykonywaniu ćwiczeń;
- dążenie do samodzielnego wykonywania ćwiczeń.

Historia terapii

Pierwsze próby pracy metodą Stymulowanych Seryjnych Powtórzeń Ćwiczeń – Z. Szota podjęto w Ośrodku Pomocy Terapeutycznej dla Osób Autystycznych w Gdańsku w 1991 roku. Inspiracją do pierwszych badań był przypadek piętnastoletniego chłopca o cechach autyzmu, który nie potrafił samodzielnie wstawać i chodzić.

W latach 1991–1997 w tymże ośrodku terapią objęto 47 dzieci, w 1991 r. – 8, a później 14 dzieci, w latach 1993–1996 było objętych już 25, stosując metodę Stymulowanych Seryjnych Powtórzeń Ćwiczeń (SSP) (Szot, Błeszyński, 2002).

Założenia teoretyczne

Choć program terapii ruchowej oparty został na metodach i założeniach, jakie wykorzystuje się w pracy z dziećmi zdrowymi, to jednak od samego początku terapia przeznaczona była dla młodzieży i dzieci autystycznych i o cechach autyzmu.

Głównym celem metody SSP jest podniesienie liczby bodźców oddziałujących na korę mózgową.

Jedną z wielu zalet tejże terapii jest to, że można stymulować każdą część ciała osobno, co podniesie różnorodność bodźców aktywizujących korę mózgową.

Innym celem terapii jest odreagowanie napięć i obniżenie poziomu agresji, drzemiącej w dziecku, które bardzo często charakteryzuje się destruktywnymi zachowaniami. Ukierunkowana aktywność ruchowa pozwala dziecku rozładować napięcie nerwowe, które narasta w organizmie. Jednocześnie w czasie terapii dziecka można wykorzystać napięcie w celu intensyfikacji tempa i rytmu terapii. Tak prowadzona terapia pozwala na odreagowanie i wyładowanie napięć przez dziecko (Szot, 2000, 2002).

Kolejnym założeniem terapii jest zwiększenie samej wydolności fizycznej dziecka, która jest potrzebna do jego prawidłowego rozwoju. Podczas terapii dążymy do zwiększenia autonomi poprzez wykorzystanie przez dziecko umiejętności ruchowych.

Metodyka pracy

Opracowano specjalny program ćwiczeń dla każdego dziecka, który częściowo realizowany był w Ośrodku Pomocy Terapeutycznej w Gdańsku oraz w domu rodzinnym. Działanie terapeutyczne było prowadzone indywidualnie, zgodnie z założeniami terapii. Opierając się na diagnozie wyjściowej, dokonano wyboru odpowiednich ćwiczeń. Każdy element terapii rejestrowano na specjalnie opracowanym arkuszu.

Tabela 1. Arkusz specjalnych ćwiczeń gimnastycznych usprawnienia ruchowego dla dzieci autystycznych

		Dni miesiąca																							
Lp.	Nazwa ćwiczenia	1–8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Suma
1.	Zeskoki 2 × 15																									
2.	Ćwiczenia równoważne na krześle (min.) 2–5																									
3.	Wznosy nóg z leżenia tyłem																									
4.	Krążenie nóg z leżenia przodem																									
5.	Chód tyłem po schodach (jedno piętro)																									
6.	Toczenie tułowia 2 × 6																									
7.	Pełzanie 2 × 10																									

Źródło: Szot, 1997, s. 42.

Terapia prowadzona w domu okazała się niezastąpionym uzupełnieniem ćwiczeń przeprowadzanych w Ośrodku. Główną treścią programu ruchowego były ćwiczenia gimnastyczne ze względu na dwa kryteria:

- kryterium czynności mięśni,
- kryterium doboru ćwiczeń.

Kryteria te pozwoliły na dokonanie dwóch podziałów ze względu na ukierunkowanie ćwiczeń i sposób ich przeprowadzenia.

Podział pierwszy:

1. ćwiczenia bierne (stymulacja),
2. ćwiczenia czynno-bierne (część samodzielności – część stymulacji),
3. ćwiczenia czynne (samodzielność).

Podział drugi:

1. ćwiczenia kształtujące (poszczególnych części ciała),
2. chody (poruszanie się),
3. ćwiczenia równoważne (ławeczka, postawy jednonóż i inne),
4. ćwiczenia zwisów (drążek, drabinka),
5. ćwiczenia zwinnościowe (przetaczanie, przewroty, skulenia),
6. ćwiczenia skoczne,
7. ćwiczenia stosowane (tory przeszkód),
8. gry i zabawy (ćwiczenia do wykonania z partnerem w formie zabawy); (Z. Szot, 1997, s. 41).

Główną grupą ćwiczeń, na której opiera się praca z dzieckiem, jest drugi podział. Składa się na niego osiem partii (grup) ćwiczeń, które są odpowiednio dobrane do dziecka w zależności od jego możliwości.

Skuteczność terapii zależy od przestrzegania zasad postępowania w terapiach ruchowych, a szczególnie w metodzie Stymulowanych Seryjnych Powtórzeń Ćwiczeń:

1. Terapeuta musi na sobie doświadczyć możliwie wszystkiego, co chce zaproponować dziecku. Jeśli są to serie przysiadów, np. 4 razy po 10, to sam powinien tę liczbę przysiadów wykonać, by uzmysłowić sobie, że na pierwszych zajęciach nie może zaaplikować dziecku tak intensywnego ćwiczenia w postaci czterdziestu przysiadów.
2. Należy zmieniać rodzaj i częstotliwość działania bodźca, bowiem przy monotonnym ćwiczeniu – stymulacji dziecko przyzwyczaja się do danego bodźca, wówczas przestaje on działać pobudzająco na układ nerwowy.

3. Co pewien czas należy zmieniać ćwiczenia, by zwiększyć liczbę ośrodków pobudzania w korze mózgowej, umożliwiając w ten sposób łatwiejsze powstawanie nowych ośrodków zawiadujących naszym układem nerwowo-ruchowym.
4. Jeśli to możliwe – ćwiczyć boso, bez obuwia, w celu wyczucia podłoża i zwiększania liczby bodźców.
5. Dążyć do poprawiania uzyskiwanych rezultatów na swoją miarę.
6. Od pierwszych dni terapii dążyć do samodzielności w wykonywaniu zadań (nadopiekuńczość nie sprzyja szybkiemu postępowi w opanowaniu umiejętności) (Szot, 1997, s. 32).

Istota pracy z dzieckiem metodą Stymulowanych Seryjnych Powtórzeń Ćwiczeń polega na wykonywaniu przez nie ćwiczeń w ściśle określonej formie.

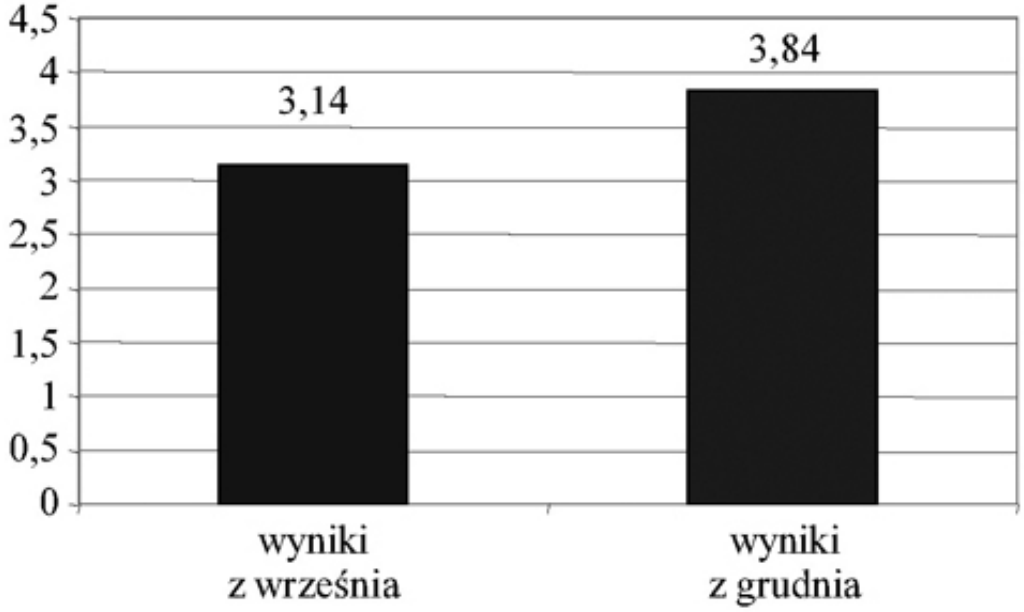
Weryfikacja

Pracę metodą Stymulowanych Seryjnych Powtórzeń Ćwiczeń w Krajowym Towarzystwie Autyzmu Oddział w Toruniu rozpoczęto we wrześniu 2002 roku.

Prowadząc terapię metodą SSP, usprawnialiśmy motorykę dużą u podopiecznych. Już po trzech miesiącach udało się poprawić kondycję fizyczną dzieci oraz zwiększyć liczbę serii ćwiczeń od 1 do 1,5 serii (w zależności od przypadku). Zajęcia przeprowadzane były tylko w siedzibie KTA Oddział w Toruniu. Podczas terapii każde dziecko miało swojego terapeutę, co umożliwiało dokonywanie wnikliwej kontroli wykonywanych ćwiczeń, jak również natychmiastową korektę ćwiczeń w razie nieprawidłowego ich wykonywania.

Pierwsze badania przeprowadzono na jedenaściorgu dzieciach. Brano pod uwagę motorykę dużą, mowę, nastrój, zdolność koncentracji uwagi. Badania powtórne przeprowadzono w grudniu 2002 r. Wynik, jaki uzyskaliśmy, przedstawia poniższy histogram.

Histogram 1. Wyniki z terapii metodą SSP prowadzone w okresie wrzesień – grudzień 2002

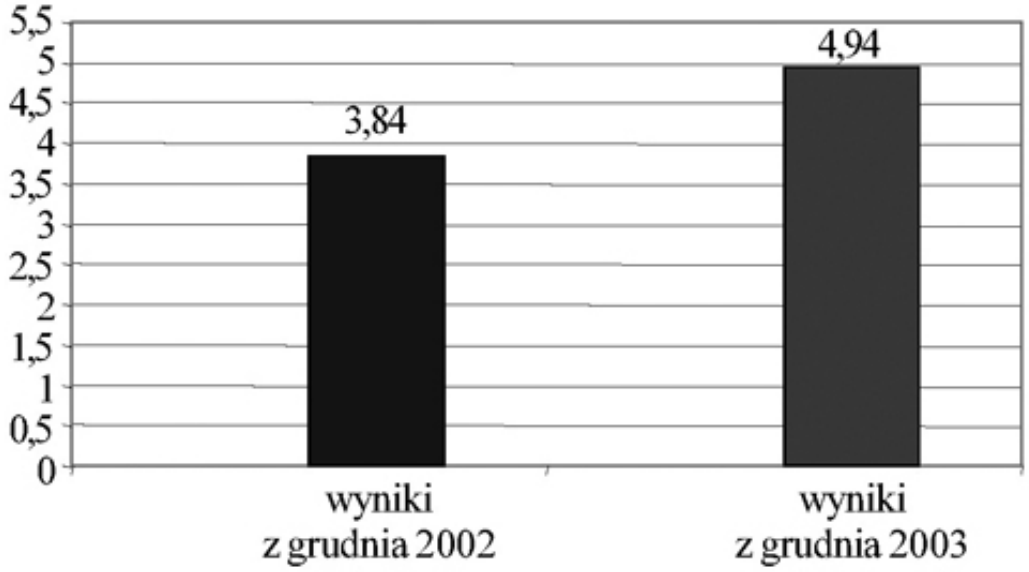


Źródło: badanie własne.

Wyniki badań potwierdziły naszą hipotezę. Usprawniona została motoryka duża dzieci, nastąpił także wzrost sprawności i kondycji fizycznej.

Kolejne badanie przeprowadzono rok później – w grudniu 2003. W badaniach tych wzięło udział piętnaścioro dzieci, podzielonych na dwie grupy. Grupa pierwotna, na której przeprowadzono pierwsze badanie (11 dzieci), uczęszczająca na terapię od samego początku, oraz druga grupa czworga dzieci, które ze względu na różne okoliczności dołączyły do grupy później i nie mogły także uczestniczyć w terapii systematycznie. Wyniki grupy pierwszej przedstawia histogram drugi.

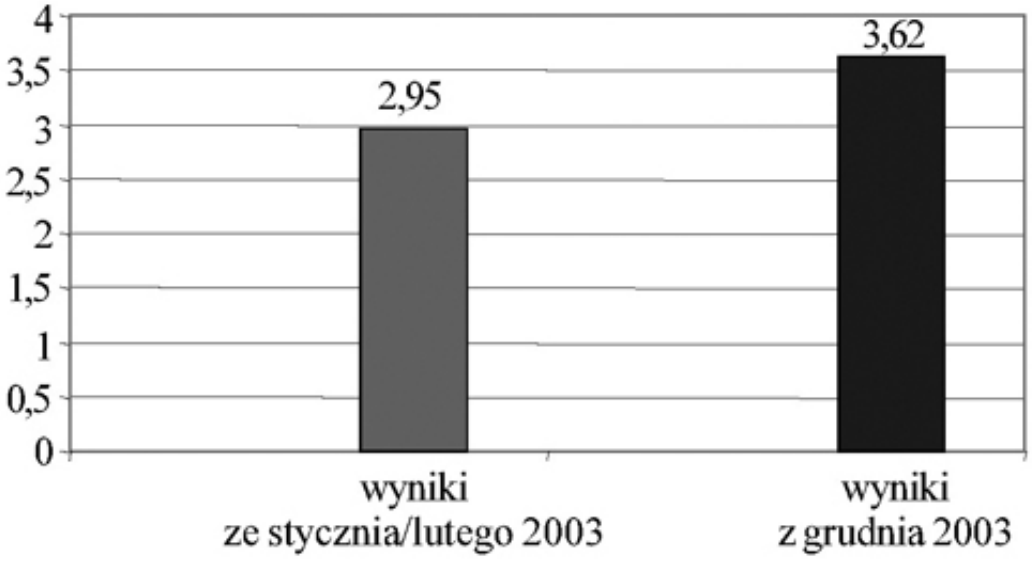
Histogram 2. Wyniki badania rocznego metodą SSP – grudzień 2003, I grupa badana



Źródło: badanie własne.

Wstępne badania czworga dzieci (II grupy) przeprowadzono na przełomie stycznia i lutego 2003. Badanie porównawcze przeprowadzono wspólnie z pierwszą grupą w grudniu 2003 – wyniki przedstawiono osobno (Histogram 3).

Histogram 3. Wyniki badania rocznego metodą SSP – styczeń – luty 2003, grudzień 2003, II grupa badana



Źródło: badanie własne.

Najważniejszym osiągnięciem było uzyskanie wysokiego, długotrwałego wyniku z podtrzymaniem tendencji wzrostowej usprawnienia dzieci. Metoda ta okazała się przydatna w pracy z osobami autystycznymi. Pozwala to na stwierdzenie, że postępy dzieci systematycznie uczęszczających na terapię SSP dają wymierne efekty.

Przykładowy przebieg pracy

Są to przykładowe plany pracy z dziećmi. Natężenie ćwiczeń zależy od kondycji dziecka. W proponowanym indywidualnym planie terapii dobierane są ćwiczenia na odpowiednie partie mięśni.

I

1. Wymachiwanie nogami w przód i w tył (na stojąco, opierając się np. o ścianę).
2. Stawanie na palcach.
3. Stawanie na piętach.
4. Chód po różnej fakturze.
5. Chodzenie po równoważni.
6. Zeskoki (np. z krzesła, z ławeczki itp.).
7. Pełzanie.
8. Chodzenie po schodach przodem i tyłem.
9. Wchodzenie po drabince gimnastycznej.

II

1. Skłony tułowia w przód i na boki.
2. Skłony tułowia w przód z pozycji leżącej.
3. Chodzenie na czworakach.
4. Chodzenie po schodach.
5. Tor przeszkód, np. z krzesełek.
6. Chodzenie po równoważni.
7. Skręty tułowia przy drabince.
8. Unoszenie ramion do góry i skłony.
9. Samodzielne próby dziecka wchodzenia na ruchome podłoża.

III

1. Rzucanie woreczkami do celu.

2. Zwis i wchodzenie na drabinkę gimnastyczną.
3. Rzut i chwyt piłki.
4. Podawanie piłek lekarskich.
5. Chodzenie na czworakach po różnym podłożu.
6. Unoszenie ramion do góry.
7. Próby wyklaskiwania nad głową, z boku, z tyłu.
8. Turlanie piłek (lekarskich, koszykowych, gumowych).
9. Kozłowanie piłek.

IV

1. Chodzenie po równoważni.
2. Rzut i chwyt piłek.
3. Zwisy na drabince i wchodzenie po niej.
4. Próby dziecka zdjęcia przedmiotu z góry drabinki.
5. Zeskoki z różnej wysokości.
6. Tor przeszkód – skakanie po woreczkach.
7. Chodzenie po podłożu o różnej fakturze.
8. Chód w przód i w tył (stopa za stopą, popularne „tip top") po ławeczce gimnastycznej.
9. Ruchy naprzemienne ramion.

V

1. Jazda na rowerze.
2. Bieg – bardzo wolny.
3. Skłony w przód i wyrzut ramion w tył.
4. Skoki na różne odległości.
5. Rzut woreczkami do celu.
6. Wchodzenie na wzniesienia.
7. Samodzielne schodzenie ze wzniesień.
8. Podnoszenie piłek.
9. Kopanie piłki do bramki.

VI

1. Wchodzenie na drabinkę przodem i zejście tyłem do drabinki.
2. Chodzenie po równoważni i samodzielny obrót na końcu.

3. Samodzielne skoki na trampolinie.
4. Samodzielne wchodzenie i schodzenie z ruchomej równoważni.
5. Stanie na ruchomej równoważni i próba kołysania się.
6. Zwis na drabince poziomej i unoszenie zgiętych nóg.
7. Skłonu tułowia w przód z pozycji leżącej.
8. Wymachy nogami.
9. Chodzenie po równoważni.

Fotografia 1. Chodzenie po podłożu o różnej fakturze (w wypadku tego dziecka potrzebna była pomoc terapeuty)

Źródło: fotografia z materiałów własnych (ćwiczenia prowadzone w terenie).

Bibliografia

Błeszyński J. (2002), *Terapia dziecka autystycznego i z głębokimi deficytami rozwojowymi,* „Forum Pedagogów Specjalnych XXI wieku", t. III.

Szot Z. (1997), *Aktywność ruchowa w terapii dzieci autystycznych*, AWF, Gdańsk.

Szot Z., Błeszyński J. (2002) *Terapia ruchowa a rozwój komunikacji dzieci autystycznych*, RN, t. XIII, WU AWFiS, Gdańsk.

Szot Z., (2002), *Alternatywne sposoby osłabiania napięć osób autystycznych*, „Autyzm", nr 1, s. 26–31.

Szot Z., (2000), *Efekty terapii ruchowej w autyzmie*, „Dziecko Autystyczne", Krajowe Towarzystwo Autyzmu, t. VIII, nr 1, s. 79–89.

---

1 Autor jest absolwentem Wydziału Humanistycznego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, specjalność rewalidacja osób upośledzonych umysłowo, od 2001 roku związany z KTA, Oddział w Toruniu, początkowo jako wolontariusz, a od 2002 roku jako terapeuta zajęciowy. Ukończył kurs metody Ruchu Rozwijającego. Od 2003 roku nauczyciel kształcenia zintegrowanego w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Toruniu; e-mail: krzysztof-1980@wp.pl

Mariola Szczepańska[1]

Program autorski i jego miejsce we współczesnej edukacji dzieci ze specyficznymi potrzebami

Pojęcie programu autorskiego

W podstawowym rozumieniu program nauczania to „odpowiednio przez specjalistów uporządkowany zbiór tematów z wybranych dziedzin wiedzy i życia, przydatny dla nauczania. Zadaniem nauczycieli jest zaznajomić uczniów kolejno z tymi tematami – a uczniów – przyswoić sobie ich treść" (Okoń, 1995, s. 87). Zdaniem W. Okonia (1995), w takim podejściu tkwi anachronizm. „Jeśli bowiem termin ten rozumieć dosłownie, to program nauczania jest programem treści nauczanych, a więc odnoszących się tylko do nauczyciela. W tym ujęciu termin ten jest wyrazem pedagogiki »bez dziecka«, bez ucznia, a powinien być programem czynności samych uczniów, ma im samym przynosić satysfakcję i sprawiać radość, ma powodować zmiany ich cech osobowych, a nie cech osobowości nauczyciela [...]. Zamiast terminu »program nauczania« autor proponuje używanie określeń »program szkolny« lub »program kształcenia«, który wyznacza czynności dwustronne, a więc czynności uczniów i

kierujących tymi czynnościami nauczycieli, a jeszcze inaczej – mówić o treści kształcenia, czyli nauczania i uczenia się" (s. 88).

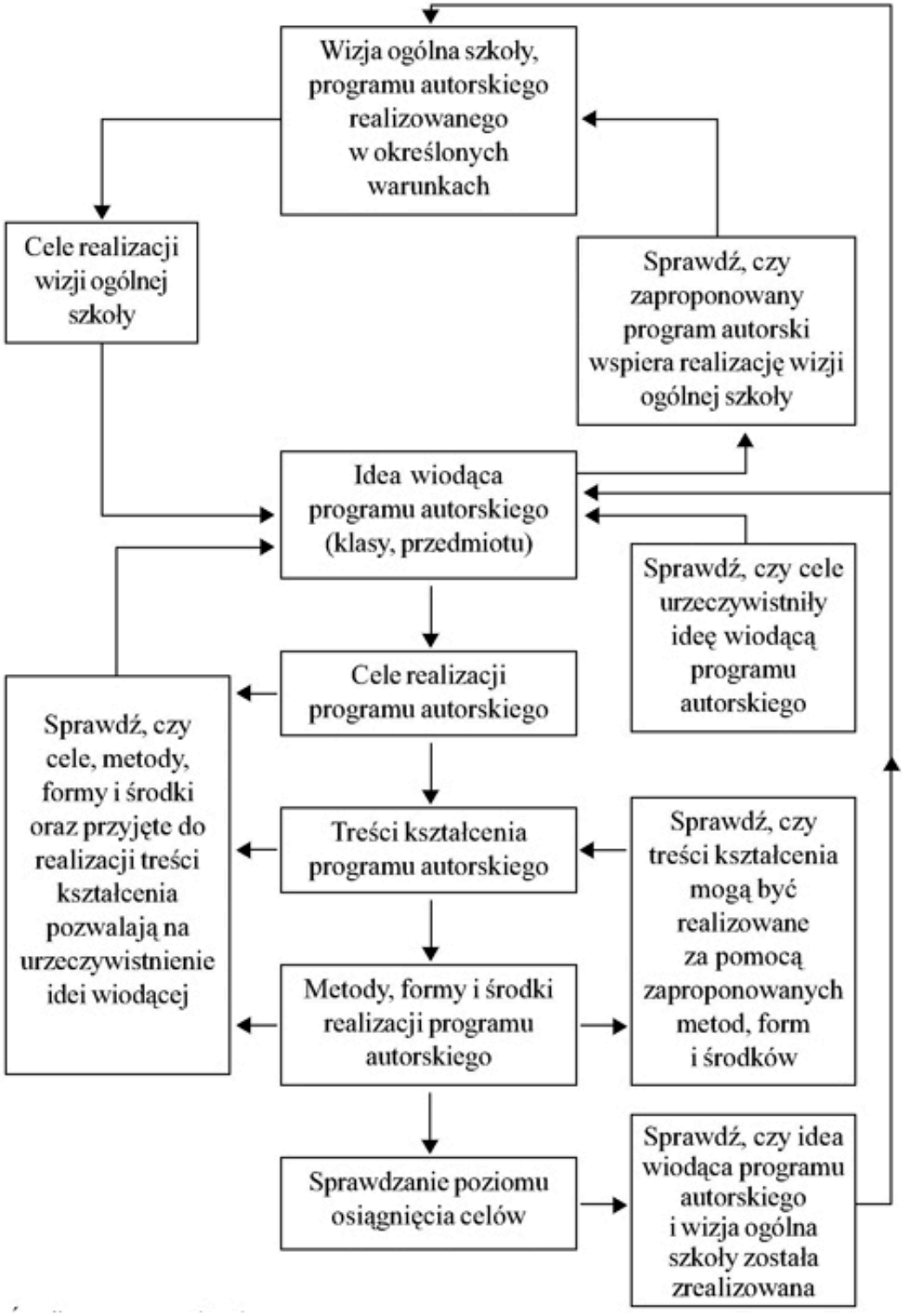
Zatem program kształcenia/szkolny stanowi niezwykle istotny – podstawowy „dokument określający ich [uczniów i nauczycieli] obowiązki i prawa, normujący ich pracę. Oprócz odpowiedzi na pytanie: czego uczyć, każdy program wytycza granice pedagogicznej niezawisłości nauczyciela, stwarzając okoliczności mniej lub bardziej sprzyjające jego własnej twórczości pedagogicznej" (Kruszewski, 1991, s. 180). Zdaniem K. Kruszewskiego (1999) program szkolny winien dokładnie określać materiał nauczania będący zarazem podstawą czteroetapowego procesu przemiany znaczenia wiadomości obejmującego:

- znaczenie zobiektywizowane (w materiale dostarczonym uczniowi);
- znaczenie nadane dzięki skonfrontowaniu z posiadaną już wiedzą;
- znaczenie wypracowane w trakcie wykorzystania czynności, których przedmiotem jest wiadomość (uczenie się wiadomości następuje dzięki rozmaitym czynnościom, np. słuchaniu wykładu, rozwiązywaniu problemu);
- znaczenie osiągnięte, czyli takie, jakie trafi do wiedzy ucznia i jakie będzie w niej funkcjonować (s. 189).

Przyjęcie tej perspektywy w rozumieniu programu pozwala na adekwatne określenie zakresu znaczeniowego pojęcia „program autorski" – gdyż każdy program ma swego autora. Tak więc program autorski obejmuje zarówno działania twórcze, jak i odtwórcze nauczyciela, których efektem jest realizacja wizji skutecznego procesu nauczania – uczenia się sprzyjającego rozwijaniu zainteresowań i możliwości zarówno nauczyciela, jak i ucznia. Działania te polegają na modyfikowaniu i wzbogacaniu pedagogicznego doświadczenia (grupy) o nowe elementy oraz na rozwijaniu nowych wzorów zachowania. Wysiłek twórczy nauczyciela nowatora polega na tym, że wprowadza on do praktyki edukacyjnej rozwiązania nowe – dotąd w ogóle (lub szerzej) nieznane ani niepraktykowane. Są to zarazem rozwiązania lepsze w tym sensie, że stanowią postęp w porównaniu z

poprzednio istniejącym stanem rzeczy, że wznoszą praktykę pedagogiczną na wyższy poziom zaawansowania. Zatem istotą nowatorstwa pedagogicznego jest wprowadzenie do istniejącego zasobu kultury pedagogicznej zmian o charakterze **rozwojowym**, zmian mających status „nowych i lepszych rozwiązań", zmian będących wyrazem odejścia od replikacyjnego sposobu pracy" (Schulz, 1989, s. 151). Program zatem należy „traktować jako drogowskaz dla siebie i swych uczniów, jako swoisty rodzaj mapy poznawczej, mapy problemowej, rodzaj rusztowania czy szkieletu, osi, wokół której będą koncentrowały się działania nauczyciela, działania uczniów oraz ich działania wspólne" (Brzezińska, 1991, s. 7).

Rysunek 1. Struktura funkcjonowania programu autorskiego


Wizja ogólna szkoły, programu autorskiego realizowanego w określonych warunkach
Cele realizacji wizji ogólnej szkoły
Sprawdź, czy zaproponowany program autorski wspiera realizację wizji ogólnej szkoły
Idea wiodąca programu autorskiego (klasy, przedmiotu)
Sprawdź, czy cele urzeczywistniły ideę wiodącą programu autorskiego
Cele realizacji programu autorskiego
Sprawdź, czy cele, metody, formy i środki oraz przyjęte do realizacji treści kształcenia pozwalają na urzeczywistnienie idei wiodącej
Treści kształcenia programu autorskiego
Sprawdź, czy treści kształcenia mogą być realizowane za pomocą zaproponowanych metod, form i środków
Metody, formy i środki realizacji programu autorskiego
Sprawdzanie poziomu osiągnięcia celów
Sprawdź, czy idea wiodąca programu autorskiego i wizja ogólna szkoły została zrealizowana

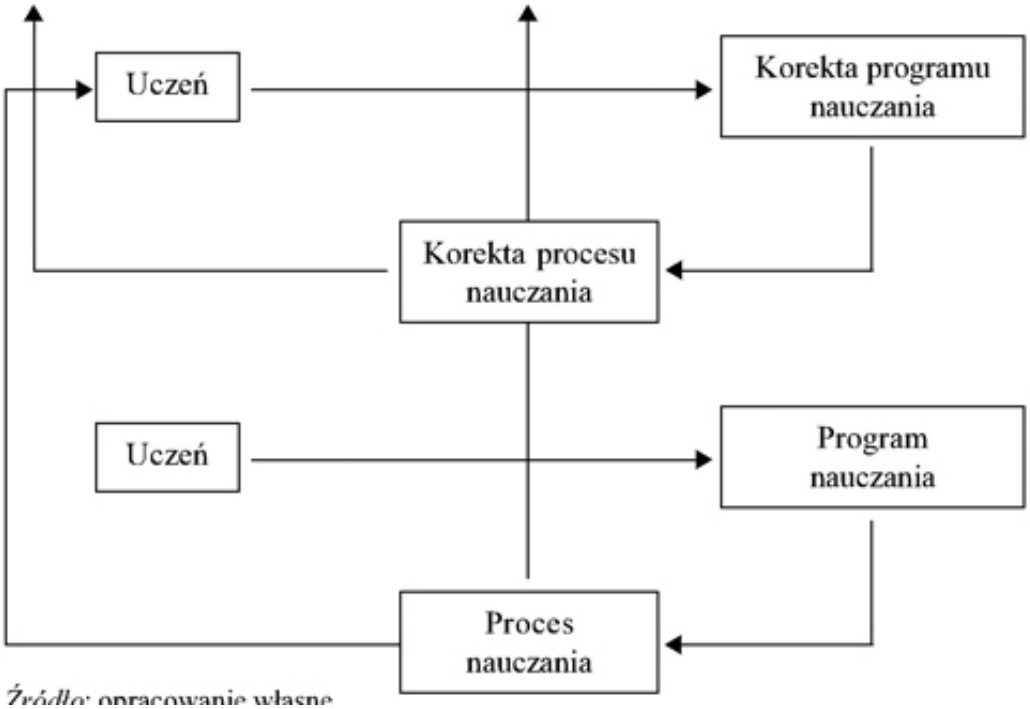
Źródło: opracowanie własne.

„Inna szkoła", „szkoła przyjazna uczniowi", „szkoła alternatywna", „szkoła wolna" to terminy, którymi posługują się pedagodzy walczący o podmiotowe traktowanie w procesie edukacji zarówno ucznia, nauczyciela, jak i rodzica. W takim rozumieniu instytucja kształcąca powinna:

- „eliminować czynniki lękotwórcze, stanowiące elementy różnego rodzaju procedur dyscyplinujących, a także towarzyszących szkolnym rytuałom kontroli i oceny uczniów przez nauczycieli;
- w jak największym stopniu zastąpić metody nadawania i utrwalania informacji metodami wymagającymi dialogu nauczyciela z uczniami i uczniów między sobą;
- w jak największym stopniu zastąpić stawiane uczniom zadania odtwórcze zadaniami wymagającymi twórczych, innowacyjnych postaw i zachowań;
- przez zwiększenie zakresu samorządności we wszystkich sytuacjach szkolnych pozwolić im na praktyczne uczenie się i podejmowanie decyzji;
- zaczynając od wewnątrzszkolnych dyskusji oraz osiągając consensus wśród kadry wychowawczej, starać się konsekwentnie zmieniać styl wychowawczy w szkole (dotychczasowy rozpowszechniony styl paternalistyczny zastępować stylem partnerskim);
- uznać w praktyce zasadę jedności kształcenia i wychowania, nie przez sztuczne łączenie treści intelektualnych z moralno-społecznymi czy politycznymi, lecz przez traktowanie rozwoju osobowego jako procesu integralnego;
- uczynić szkołę otwartym rynkiem ofert wobec konieczności zaspokajania potrzeb psychicznych i intelektualnych młodych ludzi" (Radziewicz, 1992, s. 66–68).
- pozwolić uczniom na samorealizację rozumianą jako proces rozwoju spełnienia, aktualizacji własnych możliwości doskonalenia siebie samego, stałego wzrostu i ekspansji własnego „ja" oraz jako jeden z rezultatów działalności skierowanej na przekształcenie świata (Łukaszewski, 1984).

Na podstawie tego, co zostało powiedziane wyżej, program autorski jest dziełem niedokończonym, pozostającym w ciągłej transformacji. Dotyczy bowiem istot ludzkich, które są różne, a więc różne są ich potrzeby. W procesie edukacji zmienia się bowiem również nauczyciel, ucząc się od swoich uczniów lub po prostu ucząc się nowych rzeczy. Program autorski powinien być także otwarty na zmiany, których niejednokrotnie należy dokonywać w trakcie jego realizacji. Wskazań do elastyczności programów nauczania może być jeszcze wiele. Biorąc jednak pod uwagę jego otwartość na zmiany i formy realizacji oraz nastawienie na odbiorcę i twórcę zarazem, można go przedstawić następująco:

Rysunek 2. Dynamika zmian programu nauczania w trakcie jego realizacji, po zakończeniu realizacji oraz przy tworzeniu nowego programu



Źródło: opracowanie własne.

W takim rozumieniu program autorski powinien pozwalać na podmiotowy rozwój ucznia, czyli:

- otwarte poznawanie świata i samego siebie[2] pojmowane jako stałe poszukiwanie nowych informacji, spostrzeżeń, doświadczeń; rozstawanie się z balastem stereotypów, uprzedzeń i przesądów; wielokrotne sprawdzanie i zmiana opinii, ocen i sądów o świecie, ludziach i o sobie; gotowość do świeżego spojrzenia na wiele razy widziane sprawy i ludzi tak, jakby się ich dotąd nie znało. Zasadnicza droga do otwartego poznawania prowadzi poprzez rozszerzenie świadomości;
- uczenie się na podstawie własnych doświadczeń, które sprzyja podejmowaniu ryzyka uczestniczenia w nowych dla siebie sytuacjach wraz z dokonywaniem samoobserwacji własnych spostrzeżeń i uczuć po to, aby móc uświadamiać i porządkować własne doświadczenia. Osoba ucząca się w ten sposób może o sobie powiedzieć, że: ma zaufanie do swych subiektywnych odczuć; eksperymentuje z samym sobą; poszukuje informacji zwrotnych o skutkach własnych działań; jest autorem tego, co robi; bada swoje sukcesy i niepowodzenia (Melliburda, 1977);
- odkrywanie wartości osobistych, które dokonują się w działaniu poprzez konkretne wybory i decyzje, a te w dużym stopniu stymulowane są przez otoczenie (nagrody, kary). Efektem odkrycia osobistych wartości jest działanie zgodne z nimi;
- rozszerzanie i korzystanie z mocnych stron własnej osoby polega na odkryciu w sobie tych mocnych stron, czyli takich dążeń, uczuć, zachowań i umiejętności, które można cenić, akceptować i traktować jako oparcie w budowaniu swej teraźniejszości i przyszłości;
- tworzenie zmian w otaczającej rzeczywistości rozumianej zarówno wąsko (rówieśnicy, rodzina, szkoła), jak i szeroko (dotyczy to przede wszystkim bycia kreatywnym uczestnikiem wydarzeń). Obejmuje takie obszary w kontaktach międzyludzkich, jak wzajemne poznanie i zaufanie, wzajemne

komunikowanie się, wywieranie wpływu i pomaganie sobie oraz rozwiązywanie problemów i konfliktów.

Zatem uczniowie traktowani podmiotowo zarówno przez nauczycieli, ale także szeroko pojęte środowisko:

- są skłonni traktować większość życiowych sytuacji jako sytuacje zadaniowe, które muszą rozwiązywać;
- są bardziej realistyczni w działaniu;
- są wrażliwi na informacje i sami poszukują informacji ułatwiających im działanie;
- mniej liczą się z opinią innych, a bardziej cenią samokontrolę w działaniu;
- uczą się na własnych doświadczeniach;
- mają silniejsze poczucie odpowiedzialności;
- są odporniejsi na stresy (Radziewicz, 1992, s. 64).

Program może być autorski pod dwoma względami: w fazie powstawania programu, kiedy ważne stają się, zdaniem A. Brzezińskiej (1992), poziom kompetencji poznawczych nauczyciela, otwartość na konsultacje specjalistów w danej dziedzinie oraz gotowość do współpracy z innymi nauczycielami oraz w fazie realizowania programu, gdzie ważny staje się poziom kompetencji metodycznych, a także postawa twórcza nauczyciela i jego elastyczność. Postawmy sobie zatem pytanie: „Kim musi być nauczyciel, aby być autorem programu?".

– Czy to ten, który siebie ujmuje jako osobę charakteryzującą się zarówno zaletami, jak i wadami, akceptuje siebie i rozumie, że rola nauczyciela jest jedną z wielu ról, które pełni w życiu, ujmując siebie w „kategoriach zmiany, ruchu, dynamicznie, ale jednocześnie rozumiejącą, iż rozwijanie się to nie tylko doświadczanie sukcesów, dobrego samopoczucia" (Brzezińska, 1992, s. 75), ale także doświadczanie porażek jako siły budującej i skłaniającej do rozumiejących zmian w postępowaniu?

- Czy to ten, który potrafi poradzić sobie z „umniejszaczami edukacji alternatywnej"[3]?

- Czy to ten, który jest nie tylko naturalnym autorytetem, źródłem wartości, daje poczucie bezpieczeństwa i skutecznie pobudza do uczenia się, ale także ten, który jest znawcą swojego przedmiotu, stale doskonali i uzupełnia swoją wiedzę?
- Czy to ten, który potrafi pełnić dwojaką rolę w kontakcie z uczniem. Z jednej strony pomagać mu w aktualnym funkcjonowaniu, z drugiej zaś przygotowywać go do tego, kim stanie się w przyszłości. Jednym słowem: towarzyszyć uczniowi w jego rozwoju, a nie kierować nim?
- Czy to ten, który rozumie i ceni zdolność „bycia sobą" nie tylko u siebie, ale także u innych? Aby uczeń mógł być sobą, nauczyciel powinien stwarzać mu odpowiednie warunki rozumiane jako inspirowanie i podtrzymywanie naturalnej ciekawości życia, otwartości na nowe doświadczenia, gotowości do podejmowania ryzyka, ale także do brania odpowiedzialności za własne postępowanie.
- Czy to ten, który wzmacnia u siebie i innych gotowość do poszukiwań i eksploracji w samym sobie oraz otoczeniu?
- Czy to ten, który posiada wysoki poziom samoświadomości swoich potrzeb edukacyjnych i potrzeb innych oraz nie boi się ich zaspokajać?
- Czy to ten, który nastawiony jest na realizację stawianych zadań i celów życiowych?
- Czy to ten, który jest otwarty na kontakt emocjonalny i jest zdolny do empatycznych przeżyć?
- Czy to ten, który jest zdolny do niezależnych sądów, ale zarazem poczucia wzajemnej współzależności z otoczeniem?
- Czy to ten, który ma odwagę osiągnięcia poziomu odrębnej, samodzielnej osoby, odwagę wyrażania własnej odmienności wobec innych i odwagę bycia oryginalnym oraz twórczym zarówno w życiu zawodowym, jak i prywatnym?

Z zestawienia wynika, że współcześnie edukacja jako system, na który składają się działania wszystkich elementów (rysunek 1, 2), musi przyjąć za ważne:

- stałe podtrzymywanie motywacji do nabywania wiedzy, pamiętając przy tym, że stosunek do nauki naszych uczniów zależy od tego, czy ich nauczyciele i przełożeni też są żądni wiedzy;
- szkoła powinna być instytucją elastyczną, w której często, z racji przyjętych celów, zachodzą zmiany nastawione na dzielenie się władzą, obowiązkami, odpowiedzialnością, ale również korzyściami;
- osoby kierujące procesem edukacji powinny pamiętać, że przywództwo to pomoc, a nie grożenie, strach i karanie;
- dyrektorzy szkół powinni wspierać działania innowacyjne nauczycieli poprzez umożliwianie im realizacji ich pomysłów oraz sprawiedliwe i konstruktywne ocenianie ich;
- instytucje edukacyjne muszą budować stosunki oparte na zaufaniu i współdziałaniu wewnątrz szkoły oraz między szkołą a społecznością. Efektem takich działań jest maksymalizacja potencjału uczniów, nauczycieli, dyrekcji oraz społeczności;
- instytucja kształcąca (myślę o wszystkich szczeblach) jest jak sklep. Jako klienci zawsze będziemy kierować się jakością towaru i kupować w tym sklepie, który oferuje nam duży wybór za rozsądną cenę;
- uczenie się jest procesem, który rozszerza i kształtuje sposób widzenia otaczającej rzeczywistości przez jednostkę. Mimo iż przyjęło się uważać, że to nauczyciel wpływa na ucznia, to w rzeczywistości doświadczenia ucznia i nauczyciela modelują ten proces. Warto zatem zdać sobie sprawę z faktu, iż program autorski jest zarówno dziełem nauczyciela, jak i uczniów, którzy go realizują.

Struktura programu autorskiego

Budowanie programu autorskiego wymaga przestrzegania określonej procedury i struktury. Do najważniejszych części programu należy:

Idea wiodąca

W idei wiodącej autor programu winien jasno i rzeczowo uzasadnić, że proponowany przez niego program jest gruntownie osadzony we współczesnej nauce, a efekty, które uzyska zarówno uczeń jak i nauczyciel, są ogólnie pożądane zarówno przez zainteresowaną jednostkę jak i grupę społeczną, w której jednostka funkcjonuje.

Kształcenie innych to czynność zamierzona, nacechowana ideałami pedagogicznymi nauczyciela. W skład tak rozumianych ideałów wchodzą poglądy filozoficzne, psychologiczne oraz społeczne autora programu.

Określenie idei wiodącej programu wymaga także od autora znajomości dziedzin wiedzy, które są wiodącymi w budowanym programie. Często zdarza się, że oprócz wykształcenia pod tym względem autor jest „pasjonatem” i stale aktualizuje oraz pielęgnuje swoje zainteresowania. Zatem ważną cechą nauczyciela, wielokrotnie tu podkreślaną, jest kreatywność i dążenie do zmian, w efekcie których autor wraz ze swoimi uczniami dopracowuje się „nowych jakości”, buduje własne doświadczenie, co pozwala mu w przyszłości doskonalić i wprowadzać w życie swoje pomysły

Treści kształcenia

Treści kształcenia i wychowania powinny umożliwiać uczniom zaspokajanie ich aktualnych i przyszłych potrzeb, pozwalać na transgresyjne przekraczanie siebie, spełniając jednocześnie warunek pozostawania w zgodzie ze współczesną nauką.

B. Niemierko uważa, że „im lepsze przygotowanie treści nauczania, tym więcej swobody w nauczaniu i sprawdzaniu osiągnięć. Panowanie nad treścią nauczania wyzwala czynności metodyczne nauczyciela. Stwarza układ odniesienia, oceny trafności ich doboru i skuteczności. Można to porównać z prowadzeniem sprawnego samochodu w dobrze znanym mieście" (1991, s. 129). Zdaniem autora można wyodrębnić trzy wymiary treści: cele kształcenia, materiał nauczania, wymagania programowe. Same treści zaś można podzielić na treści planowane (treści nauczania w okresie przygotowania programu – w tym autorskiego), poznawane (uczniowie mają okazję je opanować) oraz treści opanowane (treści nauczania po zakończeniu procesu dydaktycznego).

Cele kształcenia

Prawidłowo sformułowane cele programu autorskiego wymagają od autora programu określenia podstaw teoretycznych programu oraz usytuowania ich w obrębie określonej podstawy programowej. Pożądane jest także, aby twórca programu sformułował cele, mając na uwadze następujące dziedziny aktywności uczniów: dziedzinę poznawczą (zapamiętywanie wiadomości, zrozumienie wiadomości, stosowanie wiadomości w sytuacjach typowych, stosowanie wiadomości w sytuacjach problemowych); dziedzinę emocjonalną, utożsamianą z zainteresowaniami i postawami ucznia (uczestnictwo w działaniu, podejmowanie działania, nastawienie na działanie, system działań); dziedzinę psychomotoryczną (naśladowanie działania, odtwarzanie działania, sprawność działania w stałych warunkach, sprawność działania w zmiennych warunkach).

Prawidłowe sformułowanie celów jest warunkiem koniecznych działań celowych skierowanych na osiąganie optymalnych wyników. Powinny zatem spełniać następujące wymagania:

- zgadzać się z ideałami i zadaniami, z których zostały wyprowadzone (dopasowanie);
- wartość celu zależy od tego, ile znaczy dla ucznia teraz i ile znaczyć będzie w przyszłości (wartość);
- cele muszą być zrozumiałe dla innych tak, aby osoby korzystające z nich w trakcie programu rozumiały je zgodnie z intencjami twórcy (język);
- cele należy dostosować do wymagań i potrzeb uczniów (właściwość);
- cele należy łączyć w logicznie powiązane kategorie, by na ich podstawie można było planować zarówno jednostki metodyczne, jak i sprawdzanie wyników (łączenie w kategorie);
- cele należy poddawać okresowej analizie tak, aby dokonać ich weryfikacji (okresowa korekta); […]

- cele powinny opisywać zarówno oczekiwane zachowanie uczniów, jak i treść lub kontekst, w którym to zachowanie się przejawia;
- cele złożone należy przedstawiać analitycznie i na tyle szczegółowo, żeby nie powstały żadne wątpliwości, o jakiego rodzaju zachowanie chodzi lub do czego zachowanie to się odnosi;
- cele powinny wyraźnie wskazywać, jakie czynności uczenia się są potrzebne, by opanować określone zachowanie;
- cele powinny być realistyczne i zawierać tylko to, co da się ująć w postaci programu i procesu dydaktycznego;
- zakres celów powinien być na tyle szeroki, ile trzeba, żeby pomieścić wszystkie rodzaje osiągnięć uczących się, za które odpowiada szkoła;
- cele ewaluują, wskazują drogę, nie zaś metę" (Ornstein, Hunkins, 1998, s. 202).

Formułowanie celów kształcenia jest warunkowane potrójnie: potrzebami odbiorcy, warunkami realizacji, ale także filozofią kształcenia, jaką wyznaje autor programu, np. podejście behawiorystyczne, podejście menedżerskie i systemowe, podejście humanistyczne oraz podejście rekonceptualistyczne. Wybierając cele kształcenia, autor programu decyduje się na stworzenie jego określonego typu (Komorowska, 1995):

- program o celach globalnych – w programie tym funkcjonują cele ogólne, zarówno o charakterze poznawczym, jak i afektywnym. Autor programu zakłada jednak, że cele powinny pełnić tu funkcję orientacyjną, gdyż nie wszystkie zostaną przełożone na konkretne zachowania i mierzalne umiejętności;
- program o celach behawioralnych. Twórca programu zakłada, że „wszystkie cele ujęte będą tak, by jasno wynikały z nich konkretne, namacalne i dające się sprawdzić zachowania uczących się (taksonomia B. Blooma). Oznacza to, że zestaw celów nauczania to zarazem lista umiejętności, mogąca

stanowić bezpośrednią podstawę kontroli i oceny osiągnięć" (s. 26);

- program o celach rozwojowych – tu uczeń traktowany jest jako jednostka wyjątkowa, która charakteryzuje się niepowtarzalnym bagażem doświadczeń i wiedzy oraz odmiennymi predyspozycjami. Nauczyciel podąża za uczącym się, uwzględnia jego indywidualne zdolności, a także wiedzę wyjściową i sposób reagowania na określone bodźce. Stąd proces formułowania celów powinien odbywać się po dokonaniu właściwej diagnozy. Autor programu bierze także pod uwagę to, że nauczanie i uczenie się to procesy dynamiczne, a więc należy na bieżąco przeformułowywać, ograniczać lub rozbudowywać cele w trak-cie całego procesu kształcenia;
- program o celach ekspresywnych – dla autora programu naczelnym zadaniem jest „wystawienie uczącego się na działanie pewnych bodźców i sytuacji [...] Nie jest istotne zaś, jakiego rodzaju efekt to zetknięcie przyniesie. Dopuszcza się tu różnorodność efektów, zakłada się też wręcz pewną nieprzewidywalność jednostkowych reakcji uczących się" (s. 27).

Podsumowując, cele ogólne powinny spełniać różnorakie funkcje. Między innymi winny: być punktem odniesienia w sytuacji dokonywania oceny funkcjonowania systemu; regulować jakościowy i ilościowy dobór metod, form i środków; koordynować, integrować i mobilizować działalność dydaktyczno-wychowawczą; inspirować do działań prospektywnych; umożliwiać trwanie wartości (Roller, 1987; Suchodolski, 1990); kształcić sprawcę, który zdolny będzie do podejmowania czynności ważnych i innowacyjnych (Kozielecki, 1995); być „na miarę ucznia", czyli pozwalać mu na pełne uczestnictwo w ich realizacji (Szczepańska, 1997).

Materia nauczania

Ogólnie materiał nauczania można zdefiniować jako wskazanie informacji/wiadomości z zakresu przedmiotu/dyscypliny, wobec której formułuje się cele kształcenia.

Dobierając materiał nauczania do realizacji w procesie dydaktyczno-wychowawczym, trzeba pamiętać, że należy nadać mu odpowiednią dla danego programu strukturę. Do kryteriów opracowania materiału nauczania można zaliczyć:

- kryteria selekcji i uszczegółowienia materiału:
  - wartościowanie haseł zawartych w podstawie programowej (szczebel szkoły, dziedzina, przedmiot, kurs) z uwzględnieniem odbiorcy programu oraz warunków realizacji;
  - powtórne wartościowanie poprzez określenie:
    - odpowiedniości (np. ze względu na potrzeby, możliwości uczniów, możliwości osiągnięcia celów itp.);
    - ważności (np. ze względu na współczesne osiągnięcia w danej dziedzinie, tradycję, powiązania z odpowiednimi elementami materiału nauczania innych przedmiotów lub etapów edukacji);
    - zrównoważonych doświadczeń (np. ze względu na potrzeby uczniów i oczekiwania społeczne, relacje pomiędzy egalitaryzmem i elitaryzmem kształcenia);
  - organizacja materiału nauczania poprzez wykorzystanie:
    - zasady zależności – pierwszy wymiar: sekwencyjność rozumiana za Komorowską (1999) jako czasowy lub lokalizacyjny porządek (np. chronologia, od całości do części itp.); drugi wymiar: kontynuacja w ujęciu Dylaka (2000) jako przedłużone (rozłożone w czasie) zajmowanie się danym zagadnieniem. Możemy

wyróżnić kontynuację liniową, spiralną oraz wertykalną;

- zasady budowania pól tematycznych wokół centralnych zagadnień. Centralne zagadnienia to „podstawowe dla danego obszaru materiału nauczania typy interakcji między uczniem, materiałem a nauczycielem [...]. Centralne zagadnienia edukacyjne ustalamy, poszukując odpowiedzi na takie pytania, jak:
  - w jaki sposób przede wszystkim udostępniamy uczniom materiał nauczania w danej jednostce metodycznej;
  - jakie typy interakcji będą dla uczniów atrakcyjne, interesujące, dostatecznie wymagające, a także bezpieczne (fizycznie i psychologicznie);
  - jakie centralne zagadnienia nauczania mogą wspierać współpracę w grupie;
  - jak zamierza się różnicować te kluczowe zagadnienia dla uczniów na różnym poziomie zdolności;
  - jak wprowadzać uczniów w dany materiał nauczania” (D. Dylak, 2000, s. 68–69).

Wymagania programowe

Zdaniem B. Niemierki (1991), są to „oczekiwane osiągnięcia uczniów” (s. 92). Formułowanie wymagań należy rozpocząć od doboru treści kształcenia do poszczególnych stopni skali według następujących kryteriów:

- przystępność – rozumiana jako stopień trudności opanowania danego elementu treści;
- wartość kształcąca – polegająca na możliwości przeniesienia wewnętrznej struktury elementu treści na inne elementy treści uczenia się i działalności pozaszkolnej ucznia;
- prostota i uniwersalność wewnętrznej struktury;
- niezbędność wewnątrzprzedmiotowa i międzyprzedmiotowa;
- użyteczność w obecnej i przyszłej działalności szkolnej i pozaszkolnej.

Wyznaczenie przez nauczyciela – autora programu – wymagań programowych pozwala na dokładny opis kompetencji, jakimi ma się odznaczać uczeń po zakończeniu realizacji programu lub jego wybranego etapu. Zapis kompetencji należy uszeregować według poziomów wymagań. Trzeba jednak pamiętać o rodzaju programu (ze względu na postawione cele) i modelu wymagań programowych (model pełny – obejmujący wymagania konieczne, podstawowe, rozszerzające, dopełniające i wykraczające; model uproszczony – obejmujący wymagania podstawowe i ponadpodstawowe).

Procedury osiągania celów

Warunki realizacji programu

Warunki realizacji programu autorskiego powinny obejmować określenie warunków materialnych (m.in. wyposażenie szkoły, jej położenie, ilość uczniów w klasie, możliwość wykonywania określonych czynności zarówno przez uczniów, jak i nauczycieli) oraz warunków osobowych (m.in. kompetencje wstępne uczniów, kompetencje nauczyciela prowadzącego zajęcia, współpracę z rodzicami, życzliwość i twórczą atmosferę panującą w szkole).

Ogólnie do warunków mających wpływ na konstruowanie, realizowanie, a także to, co wydaje się chyba najważniejsze, osiąganie zamierzonych celów, można zaliczyć:

a) warunki podmiotowe

- uczeń: inspiracją stworzenia określonego programu są przede wszystkim uczniowie, ich możliwości intelektualne (niskie lub odwrotnie: bardzo wysokie), zainteresowania, pochodzenie społeczne, wiek, sprawność fizyczna, ambicje, preferencje zawodowe – to wszystko sprzyja temu, że powstaje program umożliwiający jednostce kreatywną samorealizację;
- nauczyciel: zainteresowania i zdolności nauczyciela są często podstawą rodzenia się pomysłu na program autorski. Wpływ mają także ambicje nauczyciela oraz jego pozytywne doświadczenia, związane z wprowadzeniem pomysłów i innowacji. Zachęcony w ten sposób nauczyciel, mając mocną bazę w postaci swej wiedzy merytorycznej i praktycznej, pisze program autorski.

b) warunki szkolne

- organizacja procesu dydaktyczno-wychowawczego: organizacja dnia aktywności edukacyjnej dziecka ze szczególnym uwzględnieniem powiązań między założonymi

celami a treściami kształcenia, specyfiką szczebla kształcenia oraz różnymi formami kontroli;

- materialne: wielkość, położenie, przestrzenność szkoły i klas; wyposażenie szkoły w sprzęt ułatwiający (umożliwiający) realizację programu; możliwość finansowego wsparcia realizacji programu autorskiego;
- społeczne: ogólna atmosfera wspierająca działania kreatywne nauczycieli, życzliwa pomoc ze strony osób z doświadczeniem lub chętnych do współpracy, gratyfikowanie zachowań twórczych przez zwierzchników; możliwości rozwijania i rozpowszechniania pozytywnych wyników pracy.

c) warunki pozaszkolne

- rodzice: przekonanie rodziców oraz życzliwa pomoc (także materialna); współdziałanie rodziców z nauczycielem poprzez udzielanie pomocy swoim i innym dzieciom; dostarczanie przez rodziców materiałów i sprzętu; osobiste (np. poprzez pracę) uczestnictwo w realizacji programu autorskiego.

Metody, formy, środki w realizacji programu

Twórca programu powinien określić efektywne, jego zdaniem, sposoby kierowania uczeniem się, formy skutecznego przyswajania wiedzy i kształtowania umiejętności oraz zaproponować, z jakich źródeł informacji uczeń może korzystać.

Uczenie się powinno być postrzegane jako proces umożliwiający indywidualny rozwój każdej jednostki. Proces, który poprzez wzbogacenie doświadczeń życiowych uczącego się pogłębia jego wiedzę o sobie samym i otaczającym świecie. Typ i jakość obustronnego oddziaływania między uczniem a nowymi informacjami w ogromnym stopniu zależy od zastosowanych przez nauczyciela-autora programu metod i form pracy.

Do ważnych kryteriów doboru metod i form pracy z uczniem należy:

- specyfika programu autorskiego,
- ogólne i szczegółowe cele programu autorskiego,
- specyfika możliwości realizowania treści kształcenia ze względu na przedmiot nauczania,
- wymagana aktywność uczniów w procesie uczenia się i wychowania,
- możliwości i granice aktywności uczniów, dla których zbudowano program autorski,
- widzenie w perspektywie czasowej efektów pracy ucznia (model człowieka).

Bez względu na cel, jaki sobie stawia nauczyciel – autor programu, winien on tak organizować proces nauczania – uczenia się, aby wzbudzić w uczniach świadomą aktywność i chęć do przyswajania wiedzy, a w efekcie przyczynić się indywidualnego rozwoju każdego dziecka. Uczniowie bowiem uczą się najlepiej, gdy:

- mają jasno wytyczony kierunek i cel;
- mogą bazować na wiedzy już zdobytej;

- aktywnie uczestniczą w lekcjach, posługując się własnym językiem i kulturowymi wyobrażeniami jako materiałem wspomagającym;
- znajdują się w korzystnym dla siebie środowisku, w którym nie ma szkodliwych dla zdrowia napięć i w którym mają prawo do popełniania błędów; mają czas na przemyślenie tego, czego się nauczyli;
- mają czas na przyjrzenie się swojemu sposobowi uczenia się;
- mają możliwość pewnego wyboru i poczucia odpowiedzialności za to, czego, kiedy i jak chcą się uczyć (Reid, Forrestal, Cook, 1996, s. 10).

Zdaniem R. Fishera (1999, 1999a), metody pracy nauczyciela z uczniem powinny równoważyć, ale zarazem ewoluować od „ja ostrożnego" do „ja badawczego". Proporcje owych „ja" zależą od jednostkowych predyspozycji, jednak nauczyciel, poprzez swoje działania, organizowanie przestrzeni edukacyjnej dziecka, wspieranie w działaniach oraz twórczą atmosferę podtrzymującą komunikację winien „prowokować" dziecko do używania „ja badawczego".

S. G. Paris, L. R. Aryes (1997) proponują 12 psychologicznych zasad dotyczących ucznia i procesu jego uczenia się. Przez autorów rozumiane są jako spójny zestaw (muszą być stosowane wszystkie równocześnie), który modyfikuje dobór metod, form i środków realizacji programu. Autorzy wymieniają następujące zasady: natura procesu uczenia się; cele procesu uczenia się; konsumowanie wiedzy; myślenie wyższego rzędu; motywacja a uczenie się; wewnętrzna motywacja do nauki; charakterystyka wzmacniających motywację sposobów; rozwojowe ograniczenia i możliwości; różnorodność społeczna i kulturalna; akceptacja społeczna; poczucie własnej wartości a uczenie się; indywidualne różnice w uczeniu się; filtry poznawcze.

Moje dotychczasowe doświadczenie w pracy ze studentami pozwala mi stwierdzić, że bardzo często autorzy programów (studenci i nauczyciele), które funkcjonują w placówkach oświatowych, ale nie są zatwierdzone przez MENiS, sami

przygotowują autorskie podręczniki. Pełnią one różną rolę, ale najważniejszą z nich jest „wypełnienie luki" w ofercie wydawnictw proponujących gotowe pakiety edukacyjne. Cechą tych projektowanych samodzielnie przez autorów programów podręczników jest to, iż:

- łączą one funkcje podręcznika do przedmiotu z zeszytem ćwiczeń;
- pozwalają na wypoziomowanie pracy uczniów i to zarówno pod względem trudności przyswajanej wiedzy przedmiotowej, jak i zadań do wykonania;
- wyzwalają w uczniach kreatywność, pozwalając im na swobodne i wielorakie rozwiązywanie zadań, pozostawiają dużo miejsca na osobiste notatki, umożliwiają ćwiczenie pewnych umiejętności do momentu, gdy uczeń może pochwalić się już precyzją w pisaniu, np. liter (ćwiczenia graficzne w przedszkolu i klasach młodszych, ale także w starszych przy nauce języka obcego, np. języka rosyjskiego lub łaciny);
- mają charakter interakcyjny – nauczyciel ma możliwość, w miarę jak uczeń rozwija swoje indywidualne kompetencje, dostosować wymagania, personalizując je poprzez odpowiednie dla danego ucznia proporcje w materiale werbalnym i ilustracyjnym, prowadzić pracę grupową poprzez przydzielanie uczniowi zadań przeznaczonych do realizacji w danej grupie tematycznej czy też mówiąc po prostu, dokładając lub ujmując „pracy", tak aby w miarę precyzyjnie rozwijać zainteresowanie ucznia lub niwelować jego zaległości;
- badania przeprowadzone przez Duffy'ego (1989) i Garnera (1991) dowodzą, że tekst i jego organizacja w podręczniku powinny być ściśle powiązane z procesem wpływania na motywację. Zatem, aby „osiągnąć pożądane efekty, należy przedstawić materiał lub uatrakcyjnić go, tak [...] aby uczniom łatwiej było wychwycić, zapamiętać główne idee [...]

i nie kierować jego uwagi na błahostki” (Brophy, 2002, s. 148).

Tak zaprojektowany podręcznik nabiera osobistego charakteru, dynamizując proces dydaktyczno-wychowawczy, ale równocześnie, o czym mówią autorzy programu, staje się często pamiątką po postrzeganych przez uczniów jako niekonwencjonalnych działaniach, „innych lekcjach”, „innego nauczyciela”.

Scenariusze zajęć

Scenariusze (konspekty) zajęć powinny być ściśle skorelowane z ideą wiodącą programu, celami oraz treściami kształcenia. Konspekt zajęć może przybierać różną formę, jednak stałymi elementami powinny być:

- termin zajęć,
- temat zajęć,
- cele kształcenia,
- metody nauczania – uczenia się,
- formy pracy ucznia i nauczyciela,
- środki dydaktyczne,
- przebieg zajęć.

Konspekt może być obszerny (elaborat) lub krótszy (ramowy). Bez względu na objętość, poza stałymi elementami wymienionymi wyżej, powinien jednak zawierać załączniki i karty pracy dla uczniów lub wskazówki do pracy indywidualnej lub grupowej.

Ewaluacja programu autorskiego

Ewaluacja jest „pogłębionym sprawdzaniem i ocenianiem osiągnięć uczniów, obejmującym analizę warunków przebiegu i wyników nauczania, nastawionym na ulepszenie procesu dydaktycznego” (Niemierko, 1996, s. 5).

Proces ewaluacji wymaga dokładnego przygotowania i przemyślenia jej etapów. A. C. Ornstein, F. P. Hunkins (1998) proponują, aby były one uszeregowane następująco:

- decyzja, co oceniać – zaczynamy od decyzji, co oceniać w systemie lokalnym, szkolnym, przedmiocie, klasie, uczniach itd.;
- porządkowanie informacji – ustalenie systemu kodowania, przechowywania i przetwarzania informacji;
- analiza informacji – dobranie odpowiednich metod analizy zebranych danych;
- sprawozdanie – musi być zrozumiałe dla odbiorcy (autora programu);
- profesjonalnie przygotowane sprawozdanie może zawierać zarówno analizę ilościową (statystyczną) jak i jakościową zebranych danych;
- ponowienie oceny – każdy program powinien podlegać systematycznej ocenie w celu uzyskiwania aktualnych informacji zwrotnych.

Ponieważ ewaluacja jest zbieraniem informacji, to informacja zatem jest podstawowym materiałem, który ewaluator poddaje interpretacji i wykorzystuje do uzasadniania wniosków końcowych. Zdaniem Astina i Panosa (1971) ewaluator powinien umieć się posługiwać czterema rodzajami informacji o ocenianych programach edukacyjnych i ich kontekście: informacją potoczną, informacją anegdotyczną, informacją opisową, informacją badawczą. Tak zebrane informacje powinny dostarczać odpowiedzi na pięć rodzajów pytań: pytania o wartość wewnętrzną, pytania o

wartość instrumentalną, pytania o wartość względną, pytania o możliwość optymalizacji, pytania o ostateczną decyzję dotyczącą problemu dalszego funkcjonowania programu (Telmage, 1985).

Ewaluacja programu, podobnie jak jego przygotowanie i realizacja, jest wysiłkiem zespołowym (nauczyciele, uczniowie, rodzice, sponsorzy). Uza-sadnione zatem jest, aby w ocenie efektywności programu uzyskać informacje zwrotne od:

- uczniów – jak podobał im się realizowany program autorski, co chcieliby zmienić, czego się nauczyli, jak widzą swój osobisty wkład w realizację programu, jak postrzegają siebie, swoich kolegów i nauczycieli w procesie nauczania – uczenia się;
- nauczycieli – jakie mają ogólne odczucia po realizacji programu, co chcieliby udoskonalić, jakie odnieśli sukcesy, jakie ponieśli porażki, jakim przemianom uległy relacje między nimi a uczniami, co o ich pracy sądzą inni nauczyciele, jak teraz widzą swoją rolę w procesie nauczania;
- rodziców – jakie efekty można było zaobserwować w trakcie realizacji programu autorskiego u dzieci, czy chcieliby coś zmienić, może bardziej zaangażować się w proces edukacyjny swoich dzieci, w jaki sposób i o jakie elementy można uzupełnić oceniany program;
- sponsorów – jak oceniają efektywność wykorzystania środków finansowych, czy ten sposób dotowania sprawia im satysfakcję, co należy zmienić w programie, aby był on bardziej funkcjonalny;
- konsultantów – zdaniem Ornsteina i Hunkinsa (1998) warto czasami zatrudnić konsultanta z zewnątrz, by opracował projekt ewaluacji i skoordynował go, zwłaszcza gdy w szkole lub kuratorium brakuje specjalisty ewaluatora.

Program autorski dla dzieci autystycznych

Szczególnym wyzwaniem dla nauczyciela jest przygotowanie programu autorskiego dla dzieci autystycznych. Przede wszystkim dlatego, że dzieci autystyczne stanowią bardzo zróżnicowaną grupę diagnostyczną (Jaklewicz, 1993; Olechnowicz, 1983; Tinbergen, Tinbergen, 1983). Badania dowodzą, że dzieci autystyczne różnią się między sobą stopniem nasilenia objawów oraz dynamiką zmian zachodzących wraz z rozwojem dziecka. W literaturze przedmiotu na uwagę zasługują publikacje E. Schopler, R. J. Reichler i M. Lansing (1995, 1996) oraz E. Schopler, M. Lansing, L. Waters (1994), którzy przedstawiają zindywidualizowaną ocenę i terapię dzieci autystycznych oraz dzieci z zaburzeniami rozwoju. Omawiane pozycje zwierają wyniki programu Terapii Dzieci z Zaburzeniami w Komunikacji oraz Dzieci Autystycznych (TEACCH), który stał się pierwszym ogólnokrajowym programem służącym dzieciom autystycznym, ich rodzicom i nauczycielom w Stanach Zjednoczonych.

W Polsce obowiązuje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu w sprawie warunków organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dziecka oraz kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi, wśród których wymienia się dzieci z autyzmem. Instytucje oświatowe zobowiązane są do organizowania wczesnego wspomagania dziecka mającego na celu stymulowanie psychofizycznego rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do czasu podjęcia nauki w szkole, realizowane w przedszkolach i szkołach podstawowych (specjalnych, ogólnodostępnych lub integracyjnych) oraz w specjalnych ośrodkach wychowawczych. Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka do lat trzech powinno być organizowane z

udziałem rodziców, a powyżej trzech lat w miarę możliwości z udziałem rodziców w grupach (do 3 dzieci) lub indywidualnie. Wymiar godzin zajęć wspomagających określa się w wymiarze od 4 do 8 godzin w miesiącu. Państwo gwarantuje dzieciom i młodzieży o specjalnych potrzebach edukacyjnych realizację zaleceń specjalistów (po wcześniejszej diagnozie) dotyczących kształcenia, odpowiednie warunki do nauki, dostępność środowiska szkolnego (w pobliżu miejsca zamieszkania) oraz realizację we współpracy z rodziną programu nauczania dostosowanego do indywidualnych możliwości. Nauczyciel zobowiązany jest do rozpoznania potrzeb i możliwości edukacyjnych uczniów i organizowania zajęć w klasach/grupach integracyjnych poprzez wybranie lub samodzielne opracowanie programu nauczania i wychowania.

Wspomniani wyżej E. Schopler, R. J. Reichler i M. Lansing (1995, 1996) proponują, aby dla każdego dziecka z autyzmem zbudować indywidualny Profil Psychoedukacyjny, który staje się podstawą do sporządzenia indywidualnego programu nauczania. W Polsce obowiązujące Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 24.04.2002 r. w sprawie warunków i trybu dopuszczania do użytku szkolnego programu nauczania, programów wychowania przedszkolnego i podręczników oraz zalecanie środków dydaktycznych wymaga, aby program nauczania posiadał odpowiednią strukturę. Zatem propozycje E. Schoplera, R. J. Reichlera i M. Lansing (1995, 1996) mogą być jedynie inspiracją, zresztą należy przyznać, że doskonałą, do budowania programów autorskich. Poniżej przedstawię przykłady budowania programu autorskiego dla dzieci autystycznych. Jest to tylko propozycja formułowania i zapisu programu. Nie stanowi ona spójnej całości, a jedynie ma przybliżyć „jak to robić".

Cele programu:

Program dla dzieci autystycznych jest zazwyczaj programem o celach rozwojowych. W celach uwzględnia się potrójny przedział czasowy: cele ogólne (dalekosiężne – długoterminowe); cele

pośrednie (od 3 miesięcy do 1 roku); cele szczegółowe (bezpośrednie), np.:

Cel ogólny – nauka pisania liter i wyrazów (imienia, nazwiska, nazw prostych przedmiotów).

Cel pośredni – pisanie pojedynczych liter, kreślenie wzorów literopodobnych.

Cele szczegółowe – poprawne trzymanie przyborów do pisania (pędzelek, flamaster, ołówek, kredka).

- kontrolowanie kierunku rysowania linii poprzez łączenie kropek, linii między dwiema liniami, kończenie rozpoczętego prostego rysunku (na papierze, na piasku), rysowanie linii zgodnie z instrukcją słowną (np. rysowanie palcem);
- kopiowanie z wykorzystaniem różnych materiałów poprzez: modelowanie z plasteliny wałeczków i układanie z nich prostych wzorów, wykonywanie z plasteliny prostych przedmiotów, np. klocków, piłek, jajek (wzorem może być obrazek, zdjęcie lub okaz naturalny);
- usprawnianie koordynacji wzrokowo-ruchowej poprzez cięcie nożyczkami, wycinanie prostych kształtów i kształtów literopodobnych, sznurowanie kartki, rysowanie przy użyciu szablonów, prostych figur geometrycznych i elementów liter, uzupełnianie prostego labiryntu (najpierw bardzo szerokiego, potem węższego).

Treści kształcenia:

Ustalenie kierunku i zakresu edukacji dziecka autystycznego wymaga podejścia indywidualnego. Jeśli dziecko poddane jest nauce domowej, wtedy tworzy się tylko dla niego zakres treści do realizacji. Dobrym rozwiązaniem jest wykorzystanie Profili Psychoedukacyjnych (PEP) zaproponowanych przez E. Schopler, R. J. Reichler, M. Lansing (1995). Zawierają one siedem dziedzin rozwoju dziecka: naśladowanie, percepcja, motoryka mała, motoryka duża, koordynacja wzrokowo-ruchowa, czynności poznawcze, komunikacja, mowa czynna. Działania edukacyjne można ująć wtedy dwojako: **Tematycznie** – przyporządkować poszczególne dziedziny hasłom tematycznym „Wielkanoc”.

- naśladowanie: naśladowanie głosów zwierząt (kura, kurczak, wróbel...); naśladowanie ruchów zwierząt (bocian, kura...);
- percepcja: sortowanie według różnych kształtów i wielkości (jajka – duże, średnie, małe...); rozróżnianie kolorów (zielony, żółty);
- motoryka duża: poprawa poczucia równowagi (przechodzenie przez kładkę z koszyczkiem, przeskakiwanie liny z koszyczkiem, w którym są piłeczki);
- motoryka mała: składanie i cięcie papieru (robienie kurki oraz dekoracji – serwetki do koszyczka);
- koordynacja wzrokowo-ruchowa: kopiowanie wzoru (odtwarzanie wzoru na dużym jajku z kartonu);
- działanie poznawcze: rozumienie i tworzenie ciągów czynności następujących po sobie (układanie historyjek obrazkowych – przygotowywanie posiłku, jedzenie posiłku, mycie naczyń);
- funkcje poznawcze: rozumienie pojęcia czasu, rozróżnianie dni w kalendarzu (dni świąteczne i dni powszednie);
- samodzielność: samodzielne przygotowanie prostej potrawy (jajko w majo-nezie);
- uspołecznianie: wdrażanie do współdziałania przy przygotowaniu potraw.

Dziedzinami rozwojowymi: układ treści jest uporządkowany dziedzinami rozwojowymi dodatkowo powiązanymi z celami oraz terminem realizacji.

W sytuacji gdy dziecko autystyczne uczestniczy w zajęciach szkolnych z innymi dziećmi wymagana jest pomoc dodatkowego nauczyciela (klasy integracyjne). Zakres treści do realizacji jest wtedy wpleciony w ogólne treści dydaktyczno-wychowawcze. Dziecko uczestniczy, razem z innymi, tylko we fragmentach zajęć, w zależności od własnych możliwości rozwojowych i Indywidualnego Profilu Edukacyjnego. E. Schopler, R. J. Reichler, L. Waters (1995) proponują, aby treści przeznaczone do realizacji dookreślić poprzez kryteria (wyrażone w %), termin dokonywania oceny, czas spędzony w zwykłej klasie (wyrażony w %), naukę

specjalną, czas spędzony w klasie specjalnej (wyrażony w %). W polskich warunkach proponuję zawęzić kategorie do: wykonalności celów
(w %), terminu dokonania oceny, czasu pracy przeznaczonego dla całej klasy (w %), czasu pracy indywidualnej prowadzonej w klasie (w %), czasu pracy prowadzonej w domu (w %).

Warunki realizacji programu:

Warunki podmiotowe: bezwzględna konieczność dokonania diagnozy całościowej i funkcjonalnej, która powinna objąć życie dziecka od jego urodzenia, a także życie jego rodziny – rodziców oraz osób bezpośrednio zaangażowanych w opiekę i wychowanie dziecka. Komplementarny charakter oceny stanu dziecka wynika z umiejętnego ujęcia diagnozy funkcjonalnej i rozpoznania diagnostycznego opartego na koncepcjach teoretycznych. Ocena powinna dotyczyć: oceny rozwoju, obserwacji zachowania oraz rozmowę z rodzicami. E. Schopler, R. J. Reichler, M. Lansing (1995) proponują formularz oceny, który składa się z następujących elementów:

- I: Informacje wstępne (nazwisko i imię dziecka, data urodzenia, wiek, badający, poprzednie testy – rodzaj testu, data, wynik);
- II: Profil rozwoju (a – naśladowanie, b – percepcja, c – motoryka duża, d – motoryka mała, e – koordynacja wzrokowo-ruchowa, f – czynności poznawcze, g – komunikacja, mowa czynna);
- III: Umiejętności w strefie najbliższego rozwoju – wyłaniające się (a – naśladowanie, b – percepcja, c – motoryka duża, d – motoryka mała, e – koordynacja wzrokowo-ruchowa, f – czynności poznawcze, g – komunikacja, mowa czynna);
- IV: Opis zachowania (a – komunikacja, b – interakcja społeczna, c – koncentracja uwagi, d – używanie narządów zmysłu, e – zainteresowania, preferencje, f – stereotypie, g – reakcja na program);

- V: Opis rodziny (a – ojciec – imię, nazwisko, wiek, zawód i okres pracy, b – matka – imię, nazwisko, wiek, zawód i okres pracy, c – rodzeństwo – wiek, płeć, rozwój, d – pozostałe osoby w domu – stopień pokrewieństwa, funkcje, e – klasa, nauczyciel);
- VI: Uwagi rodziców (problemy, oczekiwania, kwestie bieżące).

Warunki szkolne: nauczyciel pracujący z dzieckiem powinien zdobyć określone kwalifikacje w tym zakresie. Poza nauczycielem dziecko musi móc liczyć na personel szkoły (inni nauczyciele, obsługa, dyrektor...). Nauczyciel winien prezentować otwartą postawę wobec dziecka, szanować jego podmiotowość, być bardzo cierpliwym, a także posiadać dużą umiejętność organizowania pracy dla grupy zróżnicowanej pod względem potencjału edukacyjnego.

Warunki pozaszkolne: rodzice – powinni pozostawać w ścisłym kontakcie z nauczycielem. Kontakt ten może mieć różny charakter. Rodzic może spotykać się z nauczycielem, aby wymienić uwagi na temat zachowania się dziecka, demonstrować sposoby pracy domowej, ale również może spędzać określony czas w klasie, pracując nad określonymi zadaniami z własnym dzieckiem. Inną formą uczestnictwa może być prowadzenie obserwacji pracy własnego dziecka w szkole po to, aby w domu **dopracować niektóre umiejętności**.

Organizacja procesu edukacyjnego:

Praca z dzieckiem autystycznym, jak wspomniano wcześniej, warunkowana jest jego Indywidualnym Profilem Psychoedukacyjnym. Indywidualizacja oddziaływań może dotyczyć:

ilości czynności (zadań, które dziecko będzie wykonywało podczas jednych zajęć, np.: „zadanie 1 – przedłużyć czas siedzenia do 2–3 minut, dotknąć nazywany obrazek czy przedmiot bez podpowiedzi; zadanie 2 – okazywać swoje preferencje, podając obrazek” (Schopler, Lansing, Waters, 1994, s. 154–155);

- czas trwania zajęć, ściśle związany jest z indywidualnym czasem, w którym dziecko potrafi się skoncentrować;
- dziedziny funkcjonowania dziecka powinny się przenikać. Należy sięgać do lepiej opanowanych umiejętności, aby zastąpić słabsze;
- typy aktywności dziecka powinny się równoważyć. Czynności werbalne powinny być wprowadzane na zmianę z zadaniami, które nie wymagają wypowiadania się, zajęcia spokojne powinny następować po absorbujących motorycznie zabawach. Zajęcia przyjemne w odczuciu dziecka powinny być nagrodą za działania, które dziecko realizuje z dużym trudem;
- do zajęć dziecko powinno przystępować, mając poczucie bezpieczeństwa (np. obecność rodziców, zabawek, znanej muzyki...), gdyż jego brak utrwala zachowania autystyczne;
- realizacja celów może ulegać przyspieszeniu lub spowolnieniu. Aby móc regulować proces realizacji celów, należy dokonywać obserwacji zachowań dziecka i je zapisywać (ewaluacja);
- zajęcia muszą być zawsze dla dziecka interesujące, należy bowiem pamiętać o zasadzie, że „pierwszym symptomem wychodzenia z autyzmu jest zainteresowanie dziecka otaczającym go światem" (Jaklewicz, 1993, s. 68);
- zajęcia głównie powinny mieć charakter uspołeczniający, gdyż umiejętność -nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych jest najbardziej zaburzoną sferą rozwojową;
- jeśli w zajęciach uczestniczą także dzieci zdrowe, ważne jest, „aby znały problem" i akceptowały dzieci autystyczne.

Ewaluacja:

Każdy program należy poddać ewaluacji. Program dla dzieci autystycznych powinien podlegać ewaluacji comiesięcznej i rocznej. Ewaluacja cząstkowa (comiesięczna) sprzyja aktualizacji celów oraz dynamizuje program poprzez elastyczne dokonywanie w nim zmian. Podstawą ewaluacji mogą być:

- dzienniki obserwacji dziecka w domu prowadzone przez rodziców, powinny one zawierać następujące informacje: data obserwacji; realizacja celu przełożona na szczegółowe zadania będące elementem składowym kształtowanych umiejętności (naśladowanie, percepcja, motoryka mała, motoryka duża, koordynacja wzrokowo-ruchowa, czynności poznawcze, komunikacja – w następujących zakresach oceny: pełna umiejętność, wyłaniająca się umiejętność, brak umiejętności, czasowa przerwa), ciągłość działań nauczyciela (zakres oceny: kontynuacja, brak kontynuacji, czasowa przerwa), luźne uwagi rodzica (dotyczą wszelkich wątpliwości i pytań, które rodzą się w trakcie obserwacji dziecka, a mają związek z celami nauczania);
- dzienniki obserwacji dziecka w klasie prowadzone przez nauczyciela. Zawierają one następujące informacje: data obserwacji, realizacja celów szczegółowych przełożona na zadania będące elementem składowym kształtowanych umiejętności (naśladowanie, percepcja, motoryka mała, motoryka duża, koordynacja wzrokowo-ruchowa, czynności poznawcze, komunikacja – w następujących zakresach oceny: pełna umiejętność, wyłaniająca się umiejętność, brak umiejętności, czasowa przerwa), ciągłość działań rodziców (zakres oceny: kontynuacja, brak kontynuacji, czasowa przerwa), uwagi nauczyciela (wątpliwości i pytania do rozstrzygnięcia oraz spontaniczne zachowania dziecka mające związek z celami nauczania);
- ewaluacja Indywidualnego Programu Nauczania. Arkusz ewaluacyjny powinien zawierać: imię i nazwisko ucznia, datę badania oraz opisową ocenę poziomu osiągniętych celów ogólnych, pośrednich i szczegółowych w zakresie następujących umiejętności: rozwój mowy, rozwój ruchowy, rozwój poznawczy, rozwój społeczno-emocjonalny, samoobsługa;
- rozmowy i dyskusje nauczycieli, rodziców, opiekunów i zdrowych uczniów klasy integracyjnej, które dopełniają

informacje uzyskane na podstawie dzienników obserwacji oraz arkusza ewaluacyjnego;

- zapis przejawów spontanicznego używania przez dziecko nowych umiejętności. Prowadzenie takiego rejestru proponują E. Schopler, R. J. Reichler M. Lansing (1995). Struktura zapisu obejmuje rodzaj umiejętności, opis działania, termin. Jako kod zapisu autorzy proponują: C – zadania wykonane i niekontynuowane, H – zadanie wykonane i przeniesione na wyższy poziom, NC – zadanie niedokończone i kontynuowane w tej samej formie, NC+ – zadanie niedokończone, ale doskonalone, S – zadanie niedokończone i ułatwione, D – zadanie niedokończone, niekontynuowane.

Podsumowując, budowanie programu autorskiego dla dzieci autystycznych wymaga ogromnej i rozległej wiedzy, której niestety „nasz przeciętny pedagog” nie posiada. Ważna zatem staje się potrzeba kształcenia nauczycieli wszystkich szczebli w tym zakresie.

Bibliografia

Astin A. W., Panos R. J. (1971), *The Evaluation of Educational Programs* [w:] R. L. Thorndike, *Educational Measurment*, Second Edition, Washington ACE.

Bereźnicki F. (2001), *Dydaktyka kształcenia ogólnego*, „Impuls", Kraków.
Brophy J. (2002), *Motywowanie uczniów do nauki*, tłum. K. Kruszewski, PWN, Warszawa.
Brzezińska A. (1991), *O dobrym i złym uczestnictwie dziecka w procesie edukacyjnym*, „Życie Szkoły", nr 1, s. 3–10.
Brzezińska A. (1992), *Szkoła twórcza – autorskie klasy, programy, nauczyciele*, „Kwartalnik Pedagogiczny", nr 2, s. 69–77.

Duffy T. (1989), *Models for the Design of Instructional Test*, „Reading Re-search Quarterly", nr 24, s. 434–456.
Dylak (2000), *Wprowadzenie do konstruowania szkolnych programów nauczania*, WSiP, Warszawa.

Fisher R. (1999), *Uczymy, jak się uczyć*, tłum. K. Kruszewski, WSiP, Warszawa.
Fisher R. (1999a), *Uczymy, jak myśleć*, tłum. K. Kruszewski, WSiP, Warszawa.

Garner R. (1991), *Interest and Learning from Text*, „American Educational Research Journal", nr 28, s. 643–659.

Hopkins L. H. (1994), *Interaction*. The Democratic Process, Boston.

Jaklewicz H. (1993), Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza. Przebieg. Leczenie, GWP, Gdańsk.

Komorowska H. (1995), *Konstrukcja, realizacja i ewaluacja programu nauczania*, IBE, Warszawa.
Komorowska H. (1999), *O programach prawie wszystko*, WSiP, Warszawa.
Kozielecki J. (1995), *Psychologiczna teoria decyzji*, PWN, Warszawa.
Kruszewski K. (1999), *Reforma systemu edukacji*. Projekt.
Kruszewski K. (1991), *Program szkolny* [w:] *Sztuka nauczania*, red. K. Konarzewski, WSiP, Warszawa.

Łukaszewski W. (1984), *Szanse rozwoju osobowości*, „Rebis", Warszawa.

Melliburda J. (1977), *Poznawanie samego siebie*, NK, Warszawa.

Nalaskowski S. (1994), *O ideale wychowana i celach kształcenia. Studium z pedagogiki porównawczej*, WSiP, Warszawa.
Niemierko B. (1991), *Między oceną szkolną a dydaktyką*, WSiP, Warszawa.
Niemierko B. (1996), *Drogi i bezdroża ewaluacji*, „Kwartalnik Pedagogiczny" nr 3/4, s. 4–32.

Okoń W. (1995), *Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej*, WSiP, Warszawa.
Olechnowicz H. (1983), *Wczesny autyzm dziecięcy, symptomatologia, diagnostyka, etiologia, terapia* [w:] *Psychologiczne problemy wczesnego autyzmu dziecięcego*, red. E. Czownicka, WSPS, Warszawa.
Ornstein A. C., Hunkins F. P. (1998), *Program szkolny. Założenia, zasady, problematyka*, tłum. K. Kruszewski, WSiP, Warszawa.

Paris S. G., Ayres L. R. (1997), *Stawanie się refleksyjnym uczniem i nauczycielem*, tłum. M. Janowski, M. Micińska, WSiP, Warszawa.

Radziewicz J. (1992), *Edukacja alternatywna*, WSiP, Warszawa.
Reid J.-A., Forrestal P., Cook J. (1996), *Uczenie się w małych grupach w klasie*, tłum. E. Troczyńska, J. Troczyński, WSiP, Warszawa.
Roller S. (1987), *Cele wychowania – tworzenie i odradzanie* [w:] *Bliskie i dalekie cele wychowania*, tłum. I. Wojnar, PWN, Warszawa.

Schopler E., Reichler R. J., Lansing M. (1995), *Zindywidualizowana ocena i terapia dzieci autystycznych z zaburzeniami rozwoju*, T. 1: *Profil Psychoedukacyjny PEP-R*, tłum. A. Witkowska, Wyd. SPOA, Gdańsk.
Schopler E., Reichler R. J., Lansing M. (1995), *Zindywidualizowana ocena i terapia dzieci autystycznych oraz dzieci z zaburzeniami rozwoju*, T. 2: *Techniki nauczania dla rodziców i profesjonalistów*, tłum. A. Witkowska, Wyd. SPOA, Gdańsk.
Schopler E., Lansing M., Waters L. (1994), *Zindywidualizowana ocena i terapia dzieci autystycznych oraz dzieci z zaburzeniami rozwoju*, T. 3: *Ćwiczenia edukacyjne dla dzieci autystycznych*, tłum. S. Mil, SPOA, Sopot.
Schulz R. (1989), *Nauczyciel jako innowator*, WSiP, Warszawa.
Suchodolski B. (1990), *Wychownie mimo wszystko*, WSiP, Warszawa.
Szczepańska M. (1997), *Osoba jako podmiot i przedmiot w interakcjach symbolicznych* [w:] *Szukając rozwiązań – pomysły na edukowanie*, red. A. Su-chora-Olech, WSP, Słupsk.
Szczepańska M. (2003/2004), *Sztuka działań innowacyjnych. Program autorski. Metoda projektów. Metoda gier dydaktycznych. Metoda symulacyjna*,- Słupsk.

Telmage H. (1985), *Evaluating the Curriculum: What, why and how*, „National Association for Secondary School Principals", nr 1, s. 1–8.
Tinbergen N., Tinbergen E. A. (1983), *Autistic Children: New Hope for a Cure*, Georg Allen and Unwin, London.

---

1 Autorka jest adiunktem na Wydziale Edukacyjno-Filozoficznym Pomorskiej Akademii Pedagogicznej w Słupsku i autorką trzech książek nt. redagowania i realizowania programów autorskich na wszystkich szczeblach edukacji; e-mail: luty@hot.pl.

2 Podział zaczerpnięto z książki J. Melliburdy (1977) Poszukiwanie samego siebie, w której autor opisuje Indywidualne Kierunki Autonomii i Rozwoju Osobistego (IKARO). Mimo że poczyniony przez J. Melliburdę podział nie dotyczy budowania programów autorskich, jednak zainspirowało mnie przyjęcie perspektywy autonomicznego rozwoju dziecka w procesie nauki.

3 Ciekawy artykuł pod tym tytułem zamieścił w „Edukacji i Dialogu" nr 6/97 prof. B. Śliwerski. Opisał w nim realne warunki, w jakich przyszło funkcjonować szkołom, klasom i programom autorskim.

Gdzie szukać pomocy

Częstochowskie Stowarzyszenie Osób z Problemami Autyzmu 42-200 Częstochowa, ul. Glogera 3/2	tel. (034) 324-38-14
Dolnośląskie Stowarzyszenie na Rzecz Autyzmu 55-505 Wrocław, ul. Lelewela 13/6	tel. (071) 342-70-08, fax (071) 357-53-59
Dzienny Ośrodek Terapeutyczno-Edukacyjny dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem 70-504 Szczecin, ul. Zygmunta Starego 1	tel. (091) 488-60-92, 488-56-02, e-mail: ktaszczecin 282@ime.pl
Fundacja „Synapsis” 02-085 Warszawa, ul. Ondraszka 3	tel. (091) 488-60-92, 488-56-02, e-mail: ktaszczecin 282@ime.pl
Fundacja „Wspólnota Nadziei” 30-092 Kraków, ul. Krakusów 1A/43	tel. (012) 637-65-16, 413-06-69, 413-29-01, fax 413-29-01, e-mail: alina@farma.org.pl
Fundacja Pomocy Osobom z Autyzmem „Mada” 33-300 Nowy Sącz, Aleje Wolności 19	tel. (018) 449-05-11 e-mail: rafalzyczkowski@poczta.onet.pl
Koło Pomocy Dzieciom z Autyzmem 06-400 Ciechanów, ul. Karola Szwanke 22/20	tel. (023) 672-43-54
Koło terapeutów i rodziców dzieci autystycznych przy Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Gubinie 66-620 Gubin, ul. Piastowska 22	tel. (068) 359-44-86
KTA Oddział w Białymstoku 15-338 Białystok, ul. Kazimierza Pułaskiego 96	tel. (085) 745-37-44, tel. (085) 745-37-44, fax (085) 745-37-11, e-mail: ktabialystok@poczta.onet.pl http://republika.pl/ktabialystok

KTA Oddział w Gdańsku 81-862 Sopot, ul. Kujawska 32/4	tel. (058) 550-64-03, (058) 551-84-72, e-mail: ankarozalska@interia.pl
KTA Oddział w Katowicach 40-871 Katowice, ul. Tysiąclecia 88/127	0604-901-611
KTA Oddział w Kielcach 25-624 Kielce, ul. Mieszka I 79	tel. (041) 366-08-56
KTA Oddział w Krakowie 31-410 Kraków, ul. Olsztyńska 14	tel. (012) 413-29-01, e-mail: biuro@ktakrak.most.org.pl
KTA Oddział w Lublinie 20-217 Lublin, ul. Gospodarcza 2	tel. (081) 532-48-22, 444-34-20
KTA Oddział w Łodzi 93-460 Łódź, ul. Chocianowicka 198	tel. (042) 680-21-00, fax 680-21-01, e-mail: navicula@life.pl
KTA Oddział w Opolu 45-256 Opole, ul. Jana Bytnara „Rudego" 2	tel. (077) 455-53-08, fax (077) 455-52-23, e-mail: wlhepner@polo.po.opole.pl
KTA Oddział w Przemyślu 37-700 Przemyśl, ul. Wernyhory 1	
KTA Oddział w Radomiu 26-600 Radom, ul. Główna 3	tel. (048) 345-14-92, (048) 617-01-87, 344-87-83
KTA Oddział w Słupsku 76-200 Słupsk, ul. Zamenhofa 1	tel. (059) 842-05-58, 857-66-03, e-mail: autyzm@free.ngo.pl
KTA Oddział w Stargardzie Szczecińskim 73-110 Stargard Szczeciński, Plac Majdanek 7	tel. (091) 573-94-15
KTA Oddział w Szczecinie 70-504 Szczecin, ul. Sygmunta Starego 1	tel. (091) 488-56-02, (091) 488-60-92, fax (091) 488-56-02, e-mail: KTASzczecin282@ime.pl

KTA Oddział w Toruniu 87-100 Toruń, ul. Szosa Chełmińska 256-258 – Niepubliczna Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno- -Pedagogiczna dla Osób z Autyzmem i o Cechach Autyzmu – Świetlica Terapeutyczna	tel. 655-60-36 http://kta.fm.interia.pl e-mail: kta@poczta.fm
KTA Oddział w Warszawie 02-695 Warszawa, ul. Orzycka 20	tel./fax (022) 647-08-66 e-mail: wotkta_osrodek @pro.onet.pl
Łukowskie Stowarzyszenie Rozwoju 21-400 Łuków, ul. Skrzetuskiego 4/7	tel. (025) 798-95-37, 798- 97-63, e-mail: smolak@um.lukow.pl, lukowianin@wp.pl
Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Zespołem Retta 48-200 Prudnik, ul. Chrobrego 10/3	tel. (077) 436-85-86 e-mail: rettsyndrom@poland.com www.rettsyndrom.gd.pl
Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział w Przemyślu 37-700 Przemyśl, ul. Barska 15	tel. (016) 678-24-08, 670-71-85
Regionalne Stowarzyszenie na Rzecz Osób Autystycznych i ich Rodzin 41-703 Ruda Śląska 3, ul. Przedszkolna 1B/6	tel. (032) 240-83-07, kom. 600-471-65, e-mail: bujadar@tychy.com
Rzeszowskie Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych i Autystycznych 35-508 Rzeszów, ul. Starzyńskiego 19	tel. (017) 863-25-64
Stowarzyszenie dla Dzieci z Autyzmem „Bądźmy razem" 07-401 Ostrołęka, ul. Batalionu Czwartaków 6	tel. (029) 769-10-35
Stowarzyszenie na Rzecz Osób Autystycznych 60-569 Poznań, ul. Szamarzewskiego 78/82	tel. (061) 843-40-59 fax (061) 843-40-38
Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Autystycznym w Kaliszu 62-800 Kalisz, ul. Hanki Sawickiej 56/29	tel. (062) 764-17-00

Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym 80-379 Gdańsk, ul. Śląska 37	tel. (058) 557-53-41, 553-40-32, e-mail: autyzm@spoa.org.pl
Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym i Osobom o Podobnych Zaburzeniach w Rozwoju 10-699 Olsztyn, ul. Jarocka 51/1	tel. (089) 541-08-57 e-mail: jmichno@pkp.com.pl
Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym i Osobom z Trudnościami w Komunikowaniu się 82-200 Malbork, ul. Kotarbińskiego 2A/2	tel. (055) 272-68-05 e-mail: bpartyka@poczta.onet.pl
Stowarzyszenie Rodziców Dzieci Autystycznych 66-400 Gorzów Wielkopolski, ul. Drzymały 13	tel. (095) 722-60-97
Stowarzyszenie Rodziców Dzieci Autystycznych 78/100 Kołobrzeg, ul. B. Krzywoustego 19B/8	tel. (094) 352-47-05
Stowarzyszenie Rodziców Dzieci Niepełnosprawnych „Krasnal” 03-187 Warszawa, ul. F. Pancera 10	tel. (022) 670-30-86, fax (022) 670-30-86 e-mail: Krasnal@acn.waw.pl

© Copyright by Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2004

Recenzent:
prof. zw. dr hab. Stanisław Kowalik

Opracowanie typograficzne wersji elektronicznej:
Andrzej Augustyński

Projekt okładki:
Ewa Tatiana Beniak

ISBN wersji drukowanej: 978-83-7308-349-9
ISBN wesji elektronicznej: 978-83-7850-832-8

impuls

Ofi cyna Wydawnicza „Impuls”
30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5
tel./fax: (12) 422 41 80, 422 59 47, 506 624 220
www.impulsoficyna.com.pl, e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl
Wydanie I, Kraków 2015